



HAL
open science

**Attentes des professionnels médicaux et paramédicaux
exerçant en EHPAD concernant l'utilisation de la
télémédecine pour la prise en charge des soins médicaux
non programmés**

Anne-Laure Husson

► **To cite this version:**

Anne-Laure Husson. Attentes des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en EHPAD concernant l'utilisation de la télémédecine pour la prise en charge des soins médicaux non programmés. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297695

HAL Id: hal-03297695

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297695v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade
de

DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Anne-Laure HUSSON

le 10 / 04 / 2019

**Attentes des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en
EHPAD
concernant l'utilisation de la télémédecine
pour la prise en charge des soins médicaux non programmés.**

Membres du jury :

Présidente :
Mme PERRET-GUILLAUME Christine, Professeure ;

Juges :
M. BENETOS Athanase, Professeur ;
M. JAY Nicolas, Professeur ;
M. LAMBERT Aurélien, Docteur.

Directeurs :
M. BOUCHY Olivier, Maître de Conférence Universitaire ;
Mme DELEAU Jacqueline, Docteur ;



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ DE MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude
CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Emile de
LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean
FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard
HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ
Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude
PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-
BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis
ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER
Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ -
Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET

THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : *(Médecine intensive-réanimation)*

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)*

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Marc DÉBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : *(Chirurgie viscérale et digestive)*

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : *(Urologie)*

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : *(Médecine générale)*

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)
Docteure Isabelle THAON
3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)
Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)
2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4^e sous-section : (Génétiq ue)
Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)
2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)
Docteur Antoine KIMMOUN
3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)
Docteure Anne-Christine RAT
4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)
Docteur Fabrice VANHUYSE
4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)
Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ
2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)
Docteur Cyril PERRENOT

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)
Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)
5^e sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)
Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

**au Président du jury
Pr Perret Guillaume Christine
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gériatrie**

*Je vous exprime ici mon profond respect et
vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.*

Aux Juges

Pr Benetos Athanase

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gériatrie

*Je vous remercie
de me faire l'honneur de juger ce travail.*

Pr Jay Nicolas

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gériatrie

*Je vous remercie de vous intéresser à mon travail
et d'avoir accepté de le juger.*

Dr Lambert Aurélien

Docteur en Oncologie Médicale

*Je vous remercie de votre intérêt et
d'avoir accepté de juger ma thèse.*

Aux Directeurs

Dr Deleau Jacqueline

*Merci pour tout ce que tu as pu m'apprendre pendant ce stage,
et d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail.*

Dr Bouchy Olivier

Maitre de conférence universitaire de médecine générale

*Un grand merci pour votre patience,
votre présence et vos conseils
tout au long de ce travail.*

Je remercie ma famille et mes amis,

Willy et Mathias, les hommes de ma vie,
Mes parents et mon frère adorés,
Ma m'mie,
Mamie Sontot et Nanou,
Ma belle belle-famille,

Anne-bé, Coralie,
Oliwia, Léo, Nico, Anne, Laura,
Noélie,

Je manque de mots pour vous exprimer ma gratitude, mon profond respect...

Je remercie mes confrères et collègues,

Je remercie le Dr Bauer, Tobias, Virginie, Bénédicte et toutes les équipes médicales et paramédicales, et les secrétaires de l'Hôpital Lemire de Saint Avold ainsi que le service d'accueil des urgences de Forbach.

Je remercie Dr Deleau, Dr Guillaume, les infirmières et la secrétaire de l'HAD de Verdun.
Je remercie Dr Zitoli et l'équipe de prise en charge de la douleur de Verdun.
Je remercie toute l'équipe de soins palliatifs de Verdun.

Je remercie Dr Siouala et Dr Bourrissai et toute l'équipe de pédiatrie de Sarrebourg.
Je remercie toutes les équipes médicales et paramédicales du Centre hospitalier de Sarrebourg.
Un grand merci à Lucile, Thomas, Florin...

Je remercie les équipes médicales et paramédicales des services d'accueil des urgences de Nancy et de Pont à Mousson.

Je remercie Dr Przychocki et ses drôles de dames ainsi que Dr Metzinger et la maison de santé pluri-disciplinaire de Grostenquin.

Je remercie les équipes médicales de la maison hospitalière Saint Charles et ses équipes paramédicales.

Je remercie toute l'équipe de SOS médecins.

Je remercie Dr Thinus, Dr Klingler, Dr Bouche, Dr Royaux, Dr Katz, Dr Evrard, Dr Thouvenin...

Enfin un grand merci à tous ceux qui ont pris le temps de répondre à mes questionnaires et qui ont contribué à cette thèse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	8
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	10
Liste des abréviations.....	13
I - Introduction.....	14
I.1 - Les soins non programmés.....	14
I.2 - La situation en Meuse.....	14
I.3 - La télémédecine.....	15
I.3.1 - Définitions et cadre juridique.....	15
I.3.2 - La télémédecine dans le monde.....	17
I.4 - Le patient âgé.....	20
I.4.1 - Processus du vieillissement.....	20
I.4.2 - Le vieillissement : définitions.....	20
I.4.3 - La prescription du patient âgé.....	21
I.4.4 - L’hospitalisation d’un patient âgé.....	22
I.5 - Les EHPAD.....	23
I.5.1 - Le cadre législatif.....	23
I.5.2 - La dépendance.....	23
I.5.3 - Les équipes professionnelle.....	24
s.....	24
I.5.4 - Un besoin croissant ?.....	25
I.5.5 - Le passage aux urgences des résidents en EHPAD.....	25
I.6 - Les directives anticipées.....	26
I.7 - Le Dossier Médical Partagé (DMP).....	27
I.8 – Problématique de recherche.....	29
II – Article : Ressentis des acteurs de santé sur l’utilisation de la télémédecine en EHPAD.....	30
II.1 - Introduction.....	32
II.2 - Matériels et Méthodes.....	33
II.2.1 - Élaboration du protocole de recherche.....	33
II.2.2 - Recueil des données.....	34
II.2.3 - Enregistrement des données.....	34
II.3 - Résultats.....	35
II.3.1 - Description de la population.....	35
II.3.2 - Une technologie peu connue et peu expérimentée.....	36
II.3.3 - Une ressource espérée et attendue.....	36
II.3.3.a - L’espoir.....	36
II.3.3.b - Une aide diagnostique et thérapeutique.....	36
II.3.3.c - Une aide à la régulation médicale.....	36
II.3.3.d - Améliorer la prise en charge médico-sociale du patient.....	37
II.3.3.e - Améliorer le cadre de travail de l’équipe paramédicale.....	37
II.3.3.f - Assurer une guidance des paramédicaux.....	37
II.3.4 – Des obstacles à la mise en place.....	38
II.3.4.a - Intérêt de plus d’information et de formation.....	38
II.3.4.b - Limites humaines.....	38
II.3.4.c - Limites organisationnelles.....	38
II.3.4.d - Limites techniques.....	38
II.4 - Discussion.....	39

II.4.1 - Biais de l'étude.....	39
II.4.2 - Des ressentis divergents.....	39
II.4.3 - Une réponse aux soins non programmés.....	39
II.4.4 - Une alternative aux avis de premier et second recours.....	40
II.4.5 - Approche de faisabilité des téléconsultations en EHPAD.....	41
II.4.5.a - Éléments techniques.....	41
II.4.5.b - Facteurs humains.....	42
II.5 - Conclusion.....	43
III - Bibliographie de l'article.....	44
IV - Conclusion de la thèse.....	46
V - Bibliographie de la thèse.....	47
Annexes.....	51
Guide d'entretien à destination des Médecins.....	51
Guide d'entretien à destination des veilleurs EHPAD.....	52
Guide d'entretien à destination des IDE.....	53
Entretiens.....	54
A (Médecin généraliste).....	54
B (Médecin généraliste).....	57
C (Médecin généraliste et coordonnateur en EHPAD).....	59
D (Veilleur).....	61
E (veilleur).....	63
F (veilleur).....	65
G (veilleur).....	67
H (IDE).....	69
I (IDE).....	71
J (IDE).....	73
K (IDE).....	75
L (médecin coordonnateur).....	77
M (IDE).....	79

Liste des abréviations

AEIM-ADAPEI 54 : Adultes Enfants Inadaptés Mentaux – Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés de Meurthe et Moselle

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources, grille d'évaluation de l'autonomie

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (a fusionné avec l'ARS au premier avril 2018)

ATP : Adénosine TriPhosphate

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRRA : Centre de régulation et de réception des Appels

DMP : Dossier Médical Partagé

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

GCS Télésanté Lorraine : Groupement de coopération Sanitaire

GIR : Groupe iso-ressources

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute Autorité de santé

PTG : Produits terminaux de glycation

RAFT : Réseau en Afrique Francophone pour la télémédecine.

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TIC : Technologies de l'information et de la communication.

UCSA : Unité de consultation et de soins ambulatoires situés dans les centres pénitentiaires, appelée également unité sanitaire.

I - Introduction

En 2015, près de 10 600 EHPAD accueillait plus de 728 000 personnes âgées en France (1). Les soins non programmés posent différentes questions d'ordre logistique, l'article 77 du code de déontologie médicale rappelle qu' « *il est du devoir du médecin de participer à la permanence de soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ». Cependant dans des territoires étendus et de faible densité médicale, son organisation s'avère compliquée. En EHPAD, la question se pose plus qu'ailleurs, les résidents présentant de nombreuses pathologies susceptibles de décompenser et les professionnels d' EHPAD présents étant formés essentiellement à l'assistance des actes de la vie courante. La Haute Autorité de Santé (HAS) a proposé un protocole d'amélioration des soins non programmés en EHPAD incluant le développement de la télémédecine et son utilisation pour améliorer la régulation médicale (2).

I.1 - Les soins non programmés

« *La permanence des soins ambulatoires est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmés par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux* » c'est à dire la nuit de 20 heures à 8 heures en semaine et le samedi après midi, les dimanches et jours fériés (3). Le rapport Mesnier évoque le sur-recours aux urgences des résidents en EHPAD par rapport aux personnes âgées du même âge résidant à domicile ; en conclusion, il encourage, entre autres solutions d'amélioration de la régulation médicale, le développement de la télémédecine en EHPAD sur ces périodes de garde, afin de participer au désengorgement des services d'accueil des urgences (4).

I.2 - La situation en Meuse

En Meuse en 2017, il y avait 25 EHPAD offrant 2075 places d'hébergement pour les personnes âgées (5). En 2018, Il y avait 188,1 médecins pour 100 000 habitants contre 319,3 de moyenne nationale (6). Les résidents des EHPAD meusiens sont donc confrontés à une désertification médicale plus marquée que le reste de la population. Lors des périodes de permanences de soins, le personnel d' EHPAD a pour consigne d'appeler Médigarde ou le 15, ce dernier peut envoyer le médecin de garde sur place ou adresser les patients aux urgences par l'envoi d'une ambulance s'il pense cela nécessaire.

Le fonctionnement d'un EHPAD peut différer de l'un à l'autre :

- certains n'ont pas d'infirmier présent sur place sur la période de permanence des soins,
- certains EHPAD ont un infirmier la journée, le dimanche et les jours fériés,
- d'autres ont mis en place un infirmier d'astreinte sur plusieurs EHPAD afin de gérer au mieux les soins non programmés de nuit.

La télémédecine est déjà utilisée depuis de nombreuses années dans le cadre de l'expertise et de la prise en charge des AVC. La filière AVC se développe depuis 2002 avec le Centre Hospitalier de Bar le Duc, puis celui de Verdun (7). Elle a permis la prise en charge de plus de 1000 patients.

La télémédecine permet aux patients de l'Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) télésurveillée de Bar-le-Duc de voir leur néphrologue toutes les semaines.

Enfin des téléconsultations d'addictologie situées à Revigny sur Ornain sont en place ; un infirmier se trouve sur place avec le patient, ils contactent ensemble le psychiatre(8).

I.3 - La télémédecine

I.3.1 - Définitions et cadre juridique

La télémédecine est définie par le code de santé publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC).* » Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (9).

Elle apporte un complément aux actes médicaux présents. Elle ne se substitue pas aux pratiques médicales classiques et afin qu'elle soit intégrée au parcours de soins, elle devra répondre aux besoins de la population d'un territoire.

L'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » (hôpital, patients, santé et territoires) définit pour la première fois la télémédecine (art. L6316-1 du code de santé publique).

D'autres textes et guides de bonnes pratiques encadrent ces nouveaux actes médicaux afin d'en assurer la qualité, mais aussi la sécurité des données et bien sûr la déontologie accompagnant tout acte médical :

- Guide de la HAS : Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise (10).
- Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) (11).
- Livre blanc de l'ordre des médecins sur la télémédecine : « *Les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre aujourd'hui habituel de soins* » (12).
- Loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (13).

Cinq actes de télémédecine sont définis dans le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 ainsi que leurs conditions de mise en œuvre :

- La téléconsultation permet à un *professionnel médical de donner une consultation à distance* par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est *un acte médical et une action synchrone* (patient et médecin se parlent). Le professionnel médical pourra prendre des décisions de prise en charge adaptée à l'issue de cette consultation de la même manière qu'une consultation présente.
- La téléexpertise permet à un *professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux* par l'intermédiaire des nouvelles technologies de l'information et de la communication. C'est *un acte médical et une action asynchrone* (patient et médecin ne se parlent pas). Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale. Cette action, souvent réalisée par téléphone dans la pratique courante, ne faisait pas l'objet d'une rémunération jusqu'à présent.
- La télésurveillance permet à un professionnel médical de recevoir des données recueillies sur le lieu de vie du patient, et d'en interpréter les résultats à distance. La télésurveillance concerne les patients en ALD, se situant en établissement de santé, en structure médico-sociale ou à leur domicile.

- La téléassistance médicale 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.
- La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15, que ce soit en dehors ou pendant la permanence des soins ambulatoires.

L'article 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 confie le soin à l'Assurance maladie et aux partenaires conventionnels de définir les modalités de réalisation et les tarifs s'appliquant aux actes de télémédecine.

L'avenant 6 a été signé le 14 juin 2018 dernier par l'ensemble des syndicats représentatifs de médecins libéraux, approuvé par un arrêté du premier août 2018, il a été publié au Journal Officiel le 10 août 2018.

Les téléconsultations sont remboursées par l'assurance maladie (TCG), et peuvent bénéficier des majorations des consultations présentes (MEG, MUT, F...) depuis le 10 septembre 2018.

Elles doivent être incluses dans le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant ; elles doivent donc être réalisées, ou au moins demandées, par le médecin traitant et n'incluent pas explicitement la télé-régulation. Elles autorisent cependant l'accès à un autre médecin, si le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient. Quant à la télé-expertise, les patients résidents en EHPAD sont inclus dans la prise en charge proposée dans cet avenant.

I.3.2 - La télémédecine dans le monde

Depuis les débuts du développement des nouvelles technologies de l'information et des communications, les médecins ont cherché à communiquer entre eux des données médicales afin de confronter leurs diagnostics et thérapeutiques et d'apporter une prise en charge de qualité à leurs patients. Il n'est pas question de recenser ici l'ensemble des projets de télémédecine, leur nombre ayant augmenté de manière exponentielle ces 5 dernières années, il est question d'évoquer les projets « phares » à succès, ou non, promoteurs de la télémédecine.

1905 : transmission d'un électrocardiogramme (ECG) à 1,5 km en Europe (Willem Einthoven, prix Nobel de Physiologie ou Médecine en 1924 pour sa découverte de l'ECG) (14).

1910 : amplification du stéthoscope et transmission par téléphone envisagée (15).

1935 : Mise en place d'un service radio d'assistance médicale internationale aux bateaux, basé au Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) à Rome (16).

1959 : Premières téléconsultations psychiatriques par vidéo, aux États Unis (17).

2001 : opération Lindberg (chirurgie à distance : Cholécystectomie réalisée à Strasbourg depuis New York) (18).

Le **Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine** (RAFT) est un exemple de projet ambitieux, intervenant depuis plus de 15 ans aujourd'hui dans 18 pays, qui a permis aux pays en voie de développement de développer rapidement des réseaux médicaux de meilleure qualité malgré le manque de moyens (19).

En **Europe**, la télémédecine s'est d'abord développée dans la région baltique : ces pays insulaires et montagneux présentaient des difficultés d'accès aux soins.

Par exemple, le département de télémédecine de l'hôpital de Tromsø en **Norvège** fut créé en 1993, et devint le « Centre Norvégien de télémédecine » 5 ans plus tard. De nombreuses études ont été réalisées sur les conséquences de l'usage au quotidien de la télémédecine : ressortent, entre autres, une « *amélioration de la tenue du dossier médical qui n'est plus en format papier mais numérique, ainsi qu'une amélioration de la qualité de prise en charge notamment dans le domaine de la dialyse.* » Ces études révèlent cependant des difficultés techniques présentes dans 10 à 23 % des téléconsultations de dialyse.

La **Suède** a, elle aussi développé sa télémédecine dès les années 90 ; elle a ainsi créé des services mobiles de radiographies en EHPAD, les études observationnelles ont révélées : « *diminution du nombre d'hospitalisations et de prises en charge diagnostique et/ou thérapeutique ambulatoire ; une diminution du nombre de transports entre hôpital et EHPAD ; ainsi qu'un meilleur accès à un bilan radiologique* » (20).

L'**Allemagne** a, quant à elle, misé sur la télésurveillance avec la création de multiples outils chargés de la surveillance cardiaque, mais aussi diabétique. Les études ont montré une *amélioration de la prévention des hypoglycémies*, et de la morbidité associée.

Aux **Pays Bas**, une étude de *coût* n'a pas montré de différence significative entre une consultation classique et une téléconsultation de dermatologie. Cette différence devenait intéressante si le patient vivait à plus de 75 kilomètres, ou si elle permettait d'éviter une autre consultation ou si la consultation suivante était également réalisée par téléconsultation (21). Cependant, certains territoires restent sous dotés médicalement, la *demande de téléconsultation est plus longue et complexe qu'une demande de consultation classique*, et n'est plus sollicitée dans certains territoires.

La **France** est en retard en comparaison avec ses voisins européens. L'expérimentation la plus ancienne serait celle du CHU de Toulouse au sein de la région Midi Pyrénées, actuelle Occitanie, son activité a débuté en 1983 avec l'aide médicale en mer : un service de consultation et d'assistance télé-médicale pour tout marin, fonctionnant 24 heures sur 24. Le pôle de télé-médecine de Toulouse, équipé par le Groupement de Coopération Sanitaire Midi-Pyrénées, a, par la suite, développé un réseau de télé-médecine incluant fin 2010 : 72 sites hospitaliers, 5 cabinets libéraux, un EHPAD et un réseau de soins palliatifs.

Un autre projet retrouvé dans la littérature est le projet Altermed (22). Ce projet a été mis en place dans le Morbihan, territoire vaste qui présente la double difficulté de zones rurales profondes ainsi que des zones insulaires.

La **dermatologie** est une discipline phare dans l'usage de la téléconsultation ; de nombreux projets se sont développés. En Corse par exemple, où sont estimés à plus de 10000 kilomètres de transports sanitaires évités en 1 an et un confort augmenté pour le patient (23) . En Normandie, où les téléconsultations de dermatologie se développent depuis 2013, la télé-médecine est devenue l'outil de dépistage, diagnostic et suivi des cancers cutanés ; 70 patients ont été pris en charges par ce réseau, ce qui a permis « *d'éviter de nombreux transports sanitaires* ». Par ailleurs, une *communication privilégiée* s'est créée entre le patient, l'équipe paramédicale de l' EHPAD où réside le patient et les différents médecins impliqués dans son suivi. Cela a permis de mettre en place une *prise en charge pluridisciplinaire optimale*, indispensable chez le patient âgé présentant des polymorbidités (24).

Au CHRU de Tours et dans les EHPAD d'Indre et Loire, les téléconsultations de dermatologie ont connu plus de difficultés à se mettre en place, les délais s'étant trouvés allongés de part les complexités excessives des demandes de téléconsultation en comparaison de la demande de consultations classiques (25).

Le fournisseur d'outils de télé-médecine initiateur des projets de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du **Grand Est** est le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine qui a permis la mise en place depuis 2002 du réseau de télé-expertise des accidents vasculaires cérébraux entre le CHRU et différents hôpitaux périphériques de Lorraine, ainsi que des téléconsultations en anesthésie et dermatologie pour l' UCSA Nancy-Maxéville, le centre psychothérapique de Nancy-Laxou et l'association « Adultes Enfants Inadaptés Mentaux - Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés de Meurthe et Moselle » AEIM-ADAPEI 54 ainsi qu'en gériatrie pour les EHPAD du grand Nancy, dont l' EHPAD « pilote » du Parc. L'application du GCS Télésanté Lorraine permet également l'aide au télé-diagnostic d'urgence par le centre 15 du 54 dans les EHPAD déjà équipées (26).

L' **EHPAD Le Parc**, située avenue de Strasbourg à Nancy, apparaît comme EHPAD pilote dans l'usage de la télé-médecine dans la région nancéenne; selon l'auteur d'une étude observationnelle des téléconsultations dans cet EHPAD du 1^{er} juillet 2014 au 1^{er} juillet 2016, « *l'apport des téléconsultations est indiscutable , les contraintes techniques et l'absence de reconnaissance financière pour les professionnels utilisant le matériel* (Médecin coordonnateur, gériatre, EHPAD) *rendent ce projet utopiste pour le moment, cependant il ouvre la possibilité que les téléconsultations entrent dans la routine de gestion médicale d'ici quelques années* » (27) . Avec la mise en place et la cotation des téléconsultations ces derniers mois, ce projet paraît actuellement plus réaliste.

Un projet de télé-médecine pour la prise en charge des soins non programmés en EHPAD est également en cours d'expérimentation sur l'agglomération nancéenne (28). Douze EHPAD sont équipés de tablettes. En cas de besoin de soins non programmés, le personnel d' EHPAD contacte le

15, la téléconsultation n'est enclenchée que si le médecin régulateur en ressent le besoin. Si la téléconsultation est enclenchée, le personnel paramédical prend en photo le Dossier de Liaison d'urgence (DLU) comportant les antécédents ainsi que les traitements en cours. Le médecin régulateur peut ensuite prendre ses décisions de prise en charge. Une étude observationnelle sera bientôt réalisée.

Une expérience mise en avant par l'ARS de notre région est celle du cabinet de **téléconsultations d'Oberbruck** (Haut-Rhin), dans un local mis à disposition par la mairie, en s'appuyant sur deux infirmiers salariés d'une association de centres de santé. L'infirmier accueille le patient, insère sa carte vitale dans l'appareil, prépare son dossier, prend ses constantes puis se connecte avec le médecin. L'infirmier sur place et le médecin à distance ont à disposition un ensemble d'outils connectés qui permettent de réaliser la consultation : stéthoscope, otoscope, ECG, sonde d'échographie... À l'issue de la téléconsultation, s'il en prend la décision, le médecin peut réaliser une ordonnance qu'il signe à l'aide de sa carte professionnelle, insérée dans son ordinateur. Cette ordonnance est sécurisée, car enregistrée dans le Dossier Médical Personnel (DMP) du patient. Lors de la délivrance, le pharmacien peut s'en assurer en vérifiant le DMP du patient grâce à sa carte vitale.

Plus de 460 consultations ont été réalisées depuis l'ouverture du cabinet en avril 2017. Les acteurs locaux envisagent de compléter ce dispositif par des consultations avancées de médecins 2 à 3 fois par semaine .

Depuis le 18 mars 2019, Hopi medical a ouvert les portes d'un cabinet de téléconsultations rue des quatre églises à Nancy, son objectif est de permettre de raccourcir les délais de prise en charge et limiter l'attente en médecine générale, mais aussi pour les avis plus spécialisés grâce à un réseau, en cours d'agrandissement. Hopi médical a déjà équipé des médecins mais aussi des EHPAD comme celle de Pont à Mousson, qui a pu effectuer près de 50 téléconsultations en 1 an.

Forte de ses nombreuses expériences, de son cadre législatif, de ses recommandations, la télémédecine poursuit son développement. Comme le souligne le CNOM dans son livre blanc, la télémédecine semble être comparable au stéthoscope : elle deviendra un outil indispensable à notre pratique. À nous d'en faire bon usage.

I.4 - Le patient âgé

I.4.1 - Processus du vieillissement

Certains mécanismes du vieillissement restent encore à élucider. La recherche a permis de mieux comprendre certains facteurs intervenant dans ce processus qui paraît complexe, composé de multiples processus. Il existe de nombreux facteurs bio-cellulaires et génétiques, subissant de nombreuses influences.

Du fait de la complexité du vieillissement et de la diversité des facteurs mis en cause, de nombreux autres mécanismes sont proposés pour expliquer ce processus. Les recherches sont toujours en cours, gardant l'espoir de trouver la « fontaine de jouvence ».

I.4.2 - Le vieillissement : définitions

Le **vieillissement** *modifie la structure et les fonctions de l'organisme* ; il diffère d'un patient à l'autre. L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans pour parler de personne âgée. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle. Pour le calcul des taux d'équipement et des aides sociales des personnes âgées dépendantes, l'âge de 75 ans est retenu. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans.

La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle.

Le vieillissement est la résultante :

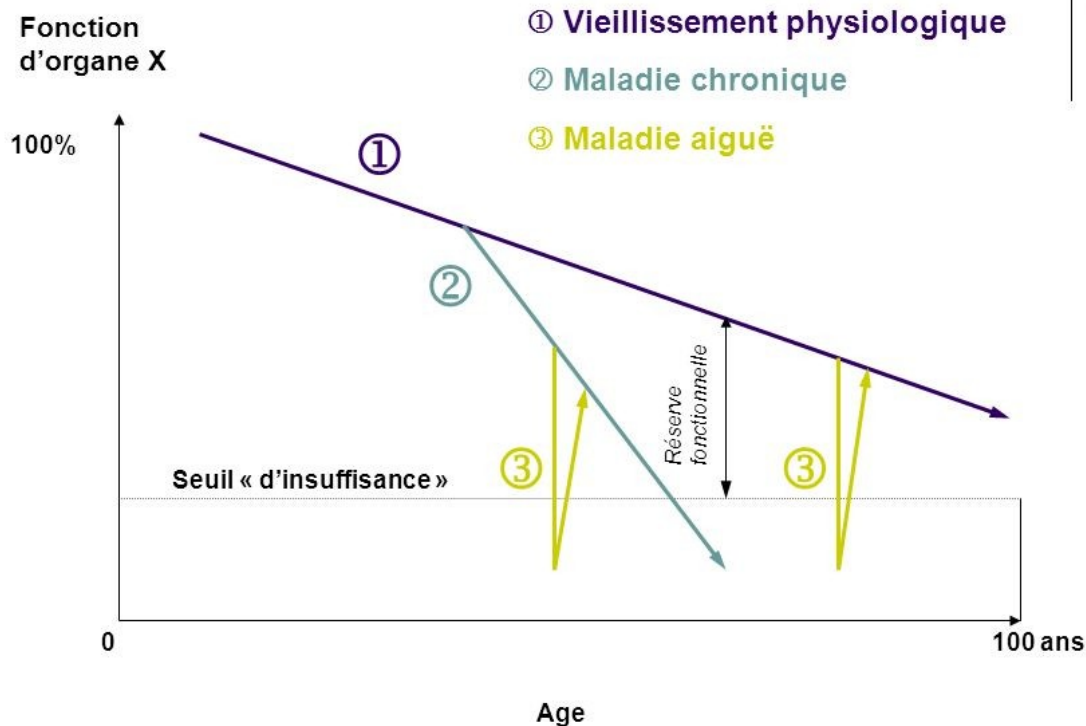
- d'effets intriqués de *facteurs génétiques* (intrinsèques), de *facteurs environnementaux* (ou extrinsèques), mais également de *facteurs aléatoires* (stochastiques) auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie ;
- d'un processus *lent et progressif* ; à distinguer de toute pathologie intercurrente et de ses séquelles (Infarctus du myocarde, AVC, maladie d'Alzheimer...), même si les altérations liées au vieillissement favorisent l'apparition des ces pathologies.
- d'un facteur de *vulnérabilité au stress*, qui est lié à une diminution des capacités de réserves de l'organisme avec l'âge ; il n'est pas lui-même le déclencheur d'une pathologie aiguë mais cette vulnérabilité engendre une réaction moins adaptée et moins efficace aux facteurs environnementaux et aléatoires (par exemple : pathologies aiguës ou chroniques, accidents, mais aussi décès de proches, isolement social...).

Cette notion de **réserve fonctionnelle** évalue une capacité de fonctionnement, elle peut être mesurable pour certains organes. Par exemple, le débit de filtration glomérulaire (DFG) évalue la capacité fonctionnelle rénale : il est calculé à partir de la mesure du taux de créatinine sanguine. Ce DFG diminue, inexorablement, de 1ml/m² en moyenne tous les ans à partir de 40 ans (29).

La **gériatrie** est la discipline médicale concernant la prise en charge des patients âgés. Cette prise en charge nécessite de prendre en considération l'état de santé du patient dans sa globalité, en tenant compte de l'état de ses réserves fonctionnelles, et des effets des pathologies chroniques stables ou décompensées.

Le modèle de J-P Bouchon permet de considérer l'état de santé du patient dans sa globalité. Il prend en compte son âge (1), ses pathologies chroniques stables (2), sa symptomatologie aiguë (3), cette dernière pouvant inclure des décompensation de ses pathologies chroniques ou associer plusieurs pathologies aiguës.

1+2+3 de JP. Bouchon



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888

I.4.3 - La prescription du patient âgé

La pharmacologie d'un médicament intègre la *pharmacocinétique* et la *pharmacodynamie*.

La *pharmacocinétique* étudie les effets de l'organisme sur le médicament, on peut observer des variabilités inter et intra individuelles.

La *pharmacocinétique* se décompose en 4 parties :

- L'**absorption** : processus par lequel le médicament passe de son site d'administration à la circulation générale.
- La **diffusion ou distribution** : processus de diffusion du médicament dans l'organisme (ex : fixation sur une protéine, diffusion tissulaire).
- Le **métabolisme** : processus rendant le médicament actif.
- L'**excrétion** : processus d'élimination du médicament.

Ces différentes étapes présentent de nombreux facteurs pouvant influencer de manière importante l'évolution et la pharmacodynamie du médicament.

Chez le patient âgé, ces différentes étapes subissent des modifications :

- l'**absorption** peut être diminuée par une altération des membranes, une augmentation du flux sanguin (provoque une diminution des échanges passifs), une diminution de la sécrétion des enzymes digestives.
- La **diffusion** peut elle être modifiée par le poids. En effet, un patient dénutri présentera une carence en protéines dans le sang, dont l'albumine est l'un des principaux transporteurs de médicaments dans le sang.
- Le **métabolisme** se déroulant majoritairement dans le foie, toute altération du flux sanguin hépatique ou toute modification de l'activité hépatocellulaire peut entraîner une altération de ce métabolisme.
- Enfin l'**excrétion** se réalisant au niveau du rein et des urines, toute modification de la fonction rénale modifie son élimination et favorise les risques de surdosage.

La *pharmacodynamie* étudie les effets du médicament sur l'organisme, elle est propre au médicament.

I.4.4 - L'hospitalisation d'un patient âgé

Les services de gériatrie prennent en charge les patients à partir de 75 ans. De plus en plus de services de gériatrie privilégient les entrées directes, conscients des conséquences délétères d'un passage aux urgences pour ces patients présentant des réserves fonctionnelles faibles, voir de nombreuses comorbidités. La prise en charge relève de la prise en charge complexe de gériatrie comme déjà expliquée ci dessus.

Dans une étude sur le retour en EHPAD d'un résident après son hospitalisation, le personnel d' EHPAD estime que le patient a perdu de l'autonomie dans 28 % des cas (30). Le maintien de l'autonomie est donc un élément indispensable dans la prise en charge gériatrique, associant kinésithérapie et ergothérapie.

Les hospitalisations en gériatrie sont fréquemment suivies de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR), afin de prévenir cette perte d'autonomie par une rééducation adaptée avant le retour à domicile. Malheureusement les places en SSR sont peu nombreuses, dû au fait que ces hospitalisations sont longues, et servent parfois d'hébergement pour les patients en perte d'autonomie attendant une place en EHPAD ou en USLD pour lesquels le retour à domicile n'est pas envisageable (31). Avec un faible bénéfice attendu et faute de place en SSR, les patients d' EHPAD sont moins souvent pris en charge dans ces services après leur hospitalisation. La prise en charge de kinésithérapie à domicile est alors privilégiée.

Enfin, les études ont observé qu'un patient ayant bénéficié d'au moins une consultation gériatrique dans les 14 derniers mois, diminue de 11,5 % le risque d'être transféré aux urgences ; s'il a bénéficié d'au moins 3 consultations gériatriques sur cette même période, ce risque diminuait de 18,8 % (32). Cette étude rappelle l'intérêt des consultations gériatriques, la télémédecine pourrait en améliorer son accès, sa pertinence, mais aussi le suivi et la surveillance de l'évolution des patients.

I.5 - Les EHPAD

I.5.1 - Le cadre législatif

Les établissements pour personnes âgées dépendantes désignent les maisons de retraite médicalisées depuis la loi du 2 janvier 2002, ce nouveau statut les engage sur des critères qualitatifs. Ils peuvent accueillir toute personne dépendante ou non à partir de 60 ans, des dérogations peuvent être accordées avant cet âge.

Un EHPAD peut être public, privé, associatif, ou bien privé lucratif. Sa création est soumise à l'autorisation de l'ARS qui est réévaluée tous les 5 ans.

I.5.2 - La dépendance

Suite à ce nouveau cahier des charges, les EHPAD voient leur résidents et les nouveaux arrivants de plus en plus dépendants, certains relevant d'une unité Alzheimer concernant leurs troubles cognitifs, d'autres relevant plus d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ou la présence infirmière et médicale est renforcée.

La dépendance physique et/ou psychique d'une personne âgée dans l'accomplissement des actes quotidiens est évaluée par la grille nationale d'évaluation Autonomie, Gérontologie, Groupe IsoRessources (AGGIR) (33). Elle s'appuie sur 17 items, 10 se rapportant à l'autonomie concernant les actes d'hygiène, de mobilisation et d'alimentation ; ces 10 items sont discriminants pour l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA), l'aide sociale à l'autonomie. Sept autres variables concernent la gestion financière, la cuisine, le ménage ; elles sont dites illustratives et participent à la mise en place du plan de soins. Cette grille est utilisée pour l'instauration et la réévaluation des aides. Pour chacune des variables, l'observateur attribue une note : A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ; B : fait partiellement, ou non habituellement, ou non correctement ; C : ne fait pas.

Un niveau de dépendance est ensuite déterminé pour le patient, à partir d'une grille Groupes Iso-Ressources (GIR) comportant 6 niveaux de dépendances.

GIR 1 : Les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : Les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

GIR 3 : Les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : Les personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Les personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR 5 : Les personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Dans les EHPAD, est calculé le GIR Moyen Pondéré (GMP). Il déterminera les ressources allouées par l'APA en fonction de ce taux. A chaque degré de dépendance est attribué un nombre de points. L'ensemble des points apporté par les résidents est additionné, puis divisé par le nombre de résidents. (GIR1 : 1 000 points / GIR2 : 840 points / GIR3 : 660 points / GIR4 : 420 points / GIR5 : 250 points / GIR6 : 70 points).

Le GMP est passé de 689 en 2011 à 710 en 2015 (1).

I.5.3 - Les équipes professionnelles

Les **aides-soignants** ont reçu une formation spécifique. La liste des actes relevant du rôle propre est établie à l'article R. 4311-5 du CSP. Il s'agit :

- de la collaboration aux soins d'hygiène et de confort ;
- de la collaboration à la surveillance qui permet d'identifier les modifications de l'état ou du comportement du patient, et la mise en place des actions de soins adaptées par l'infirmière ;
- de la collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire ou définitive (habillage, repas, aide à la marche, etc.) ;
- de la collaboration dans l'hygiène de l'environnement (nettoyage, décontamination, etc).

L'administration d'un médicament par voie orale par l'aide soignant a longtemps posé question, même s'il était admis que cela était possible. La loi HPST du 21 juillet 2009 confirme la possibilité, pour les aides-soignants, de distribuer les médicaments, en créant un article 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) concernant les établissements et services sociaux ou médico-sociaux : « *lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules les traitements prescrits [...], l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante, [...] qui peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide dans les actes de la vie courante* ». L'aide-soignant peut donc assurer la distribution des médicaments, dès lors que cette prise peut s'analyser comme un acte de la vie courante.

L'ECG ne peut raisonnablement pas être considéré comme un acte de la vie courante, ce qui exclue son utilisation classique par un aide-soignant.

Le diplôme d'État d'**auxiliaire de vie sociale** atteste des compétences nécessaires pour effectuer un accompagnement social et un soutien auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en difficulté sociale, des familles ou des enfants, dans leur vie quotidienne (Art. D. 451-88 du décret du 26 mars 2002). Il ne sont donc pas habilités à administrer des soins.

De nombreuses études ont analysé la résistance au changement ; le changement d'habitude dans le cadre professionnel semble mettre en place un processus complexe allant jusqu'à remettre en cause l'intégrité même de l'individu ; en effet les habitudes rassurantes participent à la définition de l'individu, sa place dans la société mais aussi dans la hiérarchie de l'équipe avec laquelle il travaille. Une augmentation de cette résistance était liée à une inversion des jugements de légitimité émis par les managers intermédiaires et à leurs réaction émotionnelle. Cela peut même aboutir à une remise en considération du changement mené (34).

I.5.4 - Un besoin croissant ?

Un avis du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) s'est posé la question : quel sens donner à la « concentration » des personnes âgées dans les EHPAD ? Le paradoxe entre les principes bienveillants de sécuriser les résidents dans ces établissements en dépit de leurs souhaits, et le maintien à domicile respectant leurs demandes malgré des difficultés techniques, un sentiment de solitude fréquemment ressenti et un isolement social rendant les personnes âgées dépendantes de tiers (familles, amis, voisins, aides...) a été considéré (35).

Ces questions convoquent les principes fondamentaux que sont la reconnaissance et le respect des libertés individuelles : consentement, libre choix, mais aussi protection et sécurité. Elles révèlent aussi de nombreux questionnements sous-jacents ayant trait à la place de la personne âgée dans notre société, à la dépendance, et à la fin de vie ; nous rappelant l'intérêt de reconsidérer les tabous liés à notre propre vieillissement et notre finitude. Enseigner aux enfants que le vieillissement est un processus naturel, inhérent à la vie et valoriser les professions d'aide à la personne pourraient être des outils d'amélioration de ces principes.

L'évolution de la société et du vocabulaire contribuent à modifier l'image de la « personne âgée » ; avant la loi de 2002, elles passaient leurs dernières années en « maison » de retraite. Ce terme permettait au futur résident de se projeter dans un « chez lui ». Aujourd'hui, après avoir éliminé le terme « placement », les termes d'« hébergement » voire d'« institutionnalisation » sont en vogue... Permettent-ils vraiment de se sentir « chez soi » ?

Les changements sociétaux ont rendu marginaux les habitats trigénérationnels s'accompagnant d'un isolement progressif des personnes âgées. Les études montrent que cet isolement s'est développé en corrélation avec le développement de l'activité professionnelle féminine, et l'augmentation des divorces après 40 ans formant des familles complexes monoparentales et recomposées. Développer des dynamiques et des organisations intergénérationnelles pour intégrer le vieillissement dans la vie est une solution proposée.

Les personnes âgées devenues dépendantes sont en grande souffrance à la fois morale et sociétale, se sentant devenir « un poids » pour leur famille et la société, et s'en culpabilisant. Cette souffrance est renforcée par une forme de « *maltraitance* », non assumée, passant par la négation politique, sociale voire familiale des personnes âgées dépendantes, mais aussi la négation de leur autonomie restante, et de leur isolement social. Cette négation est aussi liée au manque de considération sociale et financière des aidants « naturels », mais aussi des aidants professionnels qui ne bénéficient, ni de formations, ni de conditions de travail permettant le respect dans leur intégralité des personnes les plus vulnérables.

Dans ce rapport, on constate que la médicalisation de la personne âgée contribue très probablement à la fragiliser et à hâter sa dépendance tant physique que morale. Comme souligné ci dessus, sa prise en charge requiert une prise en charge globale et un maintien de l'autonomie. En effet, un patient âgé alité quelques jours peut voir une baisse de son autonomie définitive, en l'absence de vigilance médicale et paramédicale. Chaque situation est unique et compliquée de part le fait qu'on ne peut la faire rentrer dans un moule et réaliser des prises en charge globales standardisées. Le travail d'équipe doit être renforcé afin de faire émerger une prise en charge adaptée à chaque personne âgée.

I.5.5 - Le passage aux urgences des résidents en EHPAD

Lorsqu'une infirmière est présente dans l' EHPAD 24 heures sur 24, la probabilité de décéder lors d'une hospitalisation est plus faible, lorsque l' EHPAD connaît des difficultés de recrutement, elle est plus élevée (36). Les patients ayant été hospitalisés dans les 6 mois précédents ont plus de risque d'être hospitalisés à nouveau. Un tiers des passages aux urgences sont liées à des décompensations cardio-pulmonaires.

I.6 - Les directives anticipées

La loi **Claeys-Leonetti** de 2016 souligne que « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables », la validité est désormais au-delà de 3 ans. « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement ». Le médecin est tenu de rechercher l'existence ou non de telles directives. Deux situations font cependant exception, « en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. »

C'est au médecin traitant d'informer les patients de l'existence des directives anticipées et de la manière de les rédiger.

Le rôle de la personne de confiance est mis en avant : « elle rend compte de la volonté de la personne malade. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. » Son nom peut apparaître directement dans le DMP, si le patient le désire.

Dans le contexte d'une prise en charge en urgence du patient âgé vivant en EHPAD, l'inscription des directives anticipées dans le DMP pourra devenir l'un des éléments essentiels à la prise de décision du régulateur. En effet un patient présentant un événement aigu grave et qui a déclaré de manière libre et éclairée qu'il ne souhaitait ni réanimation, ni intubation, et dont la (les) pathologie(s) paraissent incurable(s) pourra être pris en charge de manière adaptée à ses volontés : traitements non invasifs et prise en charge antalgique en priorité. Cette prise en charge pourrait même se dérouler dans son EHPAD grâce aux prescriptions issues de la téléconsultation avec le régulateur et à l'intervention d'une infirmière du dispositif d'astreinte (déjà vu ci dessus). A l'inverse un patient désireux d'une réanimation invasive présentant une pathologie aiguë curable sera plus susceptible d'un déclenchement d'une prise en charge aux urgences ou d'un déclenchement d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Se posent les questions de qui, quand et comment demander la rédaction des directives anticipées. Une étude qualitative avec entretien semi dirigé a montré « qu'évoquer le sujet reste délicat et chronophage pour les médecins traitants », elle conclut de la nécessité de formation des médecins traitants et d'information des patients (37).

Une autre étude, s'intéressant aux directives anticipées en EHPAD, conclut que « les directives anticipées sont difficiles à aborder ; le tabou de la mort et des croyances qui l'entourent ainsi que le manque d'information y contribuent ». Cette étude rappelle qu'il est indispensable que ces directives ne deviennent pas une formalité administrative, mais qu'elles demeurent un raisonnement intime et délicat (38).

I.7 - Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Le DMP a été créé par la *loi du 13 août 2004* réformant l'assurance maladie. Il s'appelait alors « dossier médical *personnel* ».

Dès **2005**, un groupement d'intérêt public, le **GIP-DMP**, placé sous la tutelle du ministère de la santé, est mis en place afin d'en accompagner la conception et la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire. Le GIP-DMP regroupe l'État (ministère de la Santé), l'Assurance maladie (CNAM) et la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Sont ensuite lancées plusieurs expérimentations révélant les questions et réflexions quant à la dématérialisation des données et à qui et comment leur donner accès. Rapidement ces questions de sécurité vont devenir prépondérantes et vont imposer l'arrêt du développement du DMP dans l'attente de réponses.

En **2007**, Roselyne Bachelot est élue au ministère de la santé ; elle commande différents rapports quant aux expérimentations qui concluent à de nombreux dysfonctionnements relevant de vides juridiques, de l'absence de cadre, et d'une gouvernance inefficace. Elle saisit également le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) (39), celui ci conclut que le dossier médical personnel devra être réalisé pour des patients volontaires, dans un premier temps dans quelques départements pour expérimentation avant extension à l'ensemble des patients. Ce dossier sera accessible aux praticiens du choix du patient, il pourra masquer tout ou partie des données à l'ensemble des utilisateurs, même en cas d'utilisation « bris de glace » concernant les urgences vitales. Elle rappelle la nécessité d'un consentement éclairé du patient et d'une confidentialité renforcée.

Fort de ces expériences et de ces diverses analyses et recommandations, le DMP est relancé en **2009** avec la création de l'**Agence des Systèmes d'Information Partagée** (ASIP-santé). Elle apporte un cadre juridique avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST). Un premier cycle de 3 ans d'expérimentations est lancé, commençant par un appel d'offre pour la création d'un logiciel et d'hébergement du DMP. Plus d'une centaine de logiciels de santé sont homologués à la compatibilité avec le DMP. À partir d'avril 2011 est ouverte la possibilité pour les patients de consulter leur DMP (40). Cependant il n'est pas utilisé ; après avoir coûté un demi milliard d'euros(41) depuis 2004, le déploiement du DMP était très loin de ses objectifs.

Le 13 avril 2015, l'article 25 de la loi de santé confie le dossier à la CNAM en lieu et place de l' ASIP santé, dans cet article le DMP est rebaptisé « partagé » et non plus « personnel » ; le décret d'application paraît le 05 juillet 2015.

Les objectifs de déploiement sont:

- Le *déploiement sur 9 départements pilotes en décembre 2016* via les caisses primaires d'assurance maladie du Bas-Rhin, de Bayonne (Pyrénées-Atlantiques), des Côtes-d'Armor, du Doubs, de Haute-Garonne, d'Indre-et-Loire, du Puy-de-Dôme, de la Somme et du Val-de-Marne(42).
- Un « accès optimisé des professionnels de santé aux informations nécessaires à la prise en charge du patient dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité » étendu nationalement courant 2017.

La **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés** (CNIL) relève l'importance du respect de l'article 34 de la loi de 1978 informatique et libertés, qui concerne la sécurisation et les garanties d'intégrité des traitements de données par la CNAM, doublées d'une conformité du traitement aux conditions de sécurité imposées aux hébergeurs des données de santé, ainsi qu'aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité issus des travaux de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S).

La CNIL rappelle la nécessité d'un consentement libre et éclairé du patient ainsi que des

mesures de confidentialité. Elle demande la mise en place de procédures de suspension du DMP en cas de situation ou d'événement "révélant un dysfonctionnement grave ou une utilisation frauduleuse", avant son éventuelle destruction. Le patient mineur, lorsqu'il aura atteint sa majorité pourra fermer son DMP, il est lui est également possible d'imposer le secret médical à ses représentants légaux dans les situations autorisées par la loi (violences, IVG...).

Le **6 novembre 2018**, le dispositif est ouvert à tous les usagers l'Assurance Maladie. Gratuit, confidentiel et sécurisé, le Dossier Médical Partagé permet de partager ses données avec le médecin traitant et tous les professionnels de santé du patient, même à l'hôpital. Avec le *consentement éclairé du patient*, il peut recueillir :

- l'historique de soins des 24 derniers mois automatiquement alimenté par l'Assurance Maladie, les antécédents médicaux (pathologie, allergies...),
- les résultats d'examens (radio, analyses biologiques...),
- les comptes rendus d'hospitalisations,
- les coordonnées de proches à prévenir en cas d'urgence ,
- les directives anticipées.

En cas d'urgence, un médecin peut y accéder, les actes d'urgences « bris de glace » étant tracés dans le DMP, afin de prévenir les usages abusifs de ce recours. Le patient peut modifier à son gré le contenu du DMP en ajoutant ou en masquant des informations. Enfin s'il le souhaite, à tout moment son dossier peut être supprimé, il sera alors archivé pendant 10 ans, période pendant laquelle il pourra le réactiver à tout moment, puis définitivement détruit en l'absence de réactivation durant cette période (43).

I.8 – Problématique de recherche

C'est dans ce contexte riche d'expériences de télémédecine à travers le monde, aux balbutiements dans notre pratique quotidienne, que je me suis demandé si la télémédecine pourrait devenir un outil indispensable à la gestion des urgences en EHPAD. L'objectif de cette étude était de recueillir les ressentis des principaux usagers d'un tel outil à savoir les veilleurs, les auxiliaires de vie, les aides soignants, les infirmiers ainsi que les médecins intervenant en EHPAD.

II – Article : Ressentis des acteurs de santé sur l'utilisation de la télémédecine en EHPAD

HUSSON Anne-Laure^a, Pr PERRET-GUILLAUME Christine^b, Pr BENETOS Athanase^c, Pr JAY Nicolas^d, Dr LAMBERT Aurélien^e, Dr DELEAU Jacqueline, Dr BOUCHY Olivier^a,

A Département de médecine générale de Nancy, Université de Lorraine.

b Médecine Gériatrique Aigüe, CHRU Nancy Brabois.

c Pôle ma vie GSP, CHRU Nancy Brabois

d Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication, Université de lorraine

e Oncologie Médicale, Institut de cancérologie de Lorraine.

Mots clé MeSH : EHPAD, urgences, télémédecine, téléconsultation

Keywords : nursing home, emergencies, telemedicine, remote consultation.

Résumé :

Introduction : La télémédecine est un nouvel outil de téléconsultation, elle est actuellement en plein essor, et vient juste d'être incluse dans la liste des actes médicaux remboursés par la sécurité sociale. Elle propose une aide à la communication entre résident d'Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et médecin. Elle pourrait être utilisée dans le cadre de soins non programmés. L'objectif de cette étude était de recueillir les ressentis des personnels d'EHPAD à l'usage de cette nouvelle technologie et de préparer un protocole de mise en place afin de mener au mieux ce projet.

Matériels et Méthodes : Treize entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés de mars 2016 à juillet 2016 auprès des personnels d'EHPAD susceptibles d'utiliser cette technologie à l'avenir.

Résultats : Les médecins se sont montrés partagés, appréhendant une inutilité et une surcharge de travail. Les IDE accueillent plus facilement cet outil, en espèrent un soutien et une simplification des tâches administratives et prescription médicales à distance. Les aides soignants et auxiliaires de vie se sentent souvent démunis et peu efficaces dans les situations d'urgence, ils décrivent également leur difficulté à relater l'urgence ressentie ; ils mettent beaucoup d'espoir quant à la simplification de la prise en charge des urgences médicales et la guidance ainsi que la réassurance quant à leur gestion. Les freins relevés sont essentiellement liés à la technique et la lourdeur de mise en place et de promotion d'un tel projet de soins.

Discussion : Les actes de télémédecine se multiplient de manière exponentielle depuis quelques années. Cependant leur usage paraît encore obscur aux non initiés donnant des avis partagés et peu argumentés. L'initiation et la formation sont des éléments indispensables à son développement.

Abstract : Nursing home staff's feelings regarding telemedicine in emergencies.

Introduction: Telemedicine is a new remote consultation tool in expansion which is currently in authorization and rating by social security. It proposes a communication aid between residents of nursing homes and doctors and could be used for unscheduled care. The objective of this study is to collect feelings of nursing homes staff possible usage of this new technology and prepare an implementation protocol.

Materials and Methods: Thirteen semi-directed individual interviews were conducted from March 2016 to July 2016 among nursing homes staff likely to use this technology in the future.

Results: Doctors were divided, fearing uselessness and overwork. Nurses were more open, hoping for lower workload and simplification of administrative and remote medical prescription tasks. Caregivers feel often helpless and ineffective during emergencies, and also describe how difficult it is to relate the perceived urgency; they hope for medical emergencies management simplification and that it will provide guidances and reinsurances for their management. Other brakes identified are essentially related to difficulties in setting up and promoting such a care project.

Discussion: Telemedicine acts have multiplied exponentially in recent years. However, its usage still seems obscure to uninitiated professionals, who gave mixed opinions and few arguments in its favor. Initiation and training are essential elements for its development.

II.1 - Introduction

La télémédecine est un outil ambitieux, il pourrait être destiné à éviter les hospitalisations inappropriées, désengorger le service d'accueil des urgences de patients nécessitant une surveillance et des soins conséquents.

L'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu les négociations conventionnelles entre les organismes d'assurance maladie et les organisations professionnelles ; l'avenant 6 a été signé le 14 juin 2018 par l'Assurance Maladie et l'ensemble des syndicats représentatifs de médecins libéraux. Depuis la publication au Journal Officiel le 10 août 2018, les téléconsultations sont remboursées dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant. Le Comité National de l'ordre des médecins (CNOM) (1), la Haute Autorité de Santé (HAS)(2), la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)(3) ont émis des recommandations de bonnes pratiques, soulignant l'importance du respect des droits des patients, mais également de la confidentialité des données.

En même temps, le Dossier Médical Partagé a terminé son développement et s'est ouvert à l'ensemble de la population depuis le 6 novembre 2018. Il pourra comporter l'historique de soins des 2 dernières années, les résultats d'examen, les comptes rendus d'hospitalisation, mais aussi les coordonnées de la personne de confiance et les directives anticipées du patient. Il paraît indispensable à l'usage de la télémédecine car il permet de crypter les ordonnances et donc de les sécuriser.

Cette évolution était particulièrement attendue dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En Meuse, en 2017, il y avait 25 EHPAD offrant 2075 places d'hébergement pour les personnes âgées(4). En 2018, il y avait 188,1 médecin pour 100 000 habitants en Meuse contre 319,3 médecins pour 100 000 habitants de moyenne nationale(5).

Les EHPAD sont souvent démunis concernant les soins médicaux non programmés ; en effet sur les périodes de garde médicale, les soignants les plus qualifiés présents sont souvent des aides soignants, dont les compétences médicales théoriques se limitent à une prise de constantes et aux gestes de premiers secours, leurs compétences consistant à l'accompagnement des résidents dans les actes de la vie quotidienne. Le personnel d'EHPAD a pour consigne d'appeler Médigarde ou le 15, ce dernier peut envoyer le médecin de garde sur place, ou adresser le patient au service d'accueil des urgences via l'envoi d'une ambulance s'il pense cela nécessaire.

Il en résulte que les patients sont facilement transportés aux urgences. Une étude a montré que la prise en charge de 32,3 % des patients envoyés par les EHPAD au SAMU de Thionville était jugée inutile par les urgentistes(6). Ces résultats varient de 19 à 67 % selon les études(7) (8). Les patients ayant été hospitalisés dans les 6 mois précédents avaient plus de risques d'être hospitalisés à nouveau(9). La Haute autorité de Santé a publié des recommandations afin de réduire les hospitalisations en soins non programmés (8) , pour lesquelles une utilisation de la télémédecine pourrait constituer une aide précieuse.

Cependant, il s'agit de pratiques nouvelles, impliquant de la part des acteurs de santé des apprentissages ainsi qu'une importante adaptation au changement , et les résistances sont nombreuses.

Suite à ces constats, le recueil des ressentis des potentiels utilisateurs de la télémédecine en EHPAD dans le cadre des soins non programmés ont apparu être un objectif intéressant et ce d'autant plus qu'un projet de déploiement de la télémédecine est actuellement mené dans le nord meusien.

II.2 - Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés réalisés de mars à juin 2016.

II.2.1 - Élaboration du protocole de recherche

Trois guides d'entretien composés de questions ouvertes ainsi que de questions de relance ont été élaborés et adaptés à chaque profession, afin de déterminer les enjeux propres à chacun. Les médecins étaient interrogés sur leurs connaissances de la télémédecine, puis sur leurs appréhensions et enfin sur l'application potentielle à leurs pratiques actuelles. Les infirmières étaient d'abord interviewées sur leurs connaissances et expériences de la télémédecine, puis sur l'application potentielle à leurs pratiques actuelles. Les veilleurs de nuit étaient sollicités sur leurs connaissances de télémédecine, et sur leurs connaissances et pratiques médicales ; puis les problèmes médicaux auxquels ils étaient confrontés, seuls ou non, et l'utilisation potentielle de la télémédecine dans leur pratique.

Ces guides d'entretien ont été validés par le thésard et les directeurs de thèse afin de limiter le biais d'investigation et testés avant utilisation.

Guide d'entretien médecins	Guide d'entretien IDE	Guide d'entretien AS / veilleurs
		Quelles sont vos missions ? Quelles sont vos compétences ?
		A quels problèmes médicaux avez vous déjà été confrontés ? Quels ont été vos recours ?
Quelles sont vos connaissances et expériences de la télémédecine ?	Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ? Avez vous déjà expérimenté des téléconsultations ?	Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ?
	Seriez vous prête à utiliser un outil de télémédecine	Seriez vous prêt à utiliser un outil de télémédecine ?
Que pourrait vous apporter la télémédecine ?	Que pourrait vous apporter la télémédecine au quotidien ?	Que pourrait vous apporter la télémédecine au quotidien ?
Quelles difficultés appréhendez vous ? Craignez vous d'engager votre responsabilité médicale ?	Qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser la télémédecine ?	Qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser la télémédecine ?
Dans quelle(s) situation(s) pourriez vous utiliser la télémédecine ?	Une situation que vous avez vécue aurait elle pu être prise en charge par téléconsultation ?	Une situation que vous avez vécue aurait elle pu être prise en charge par téléconsultation ?
Pourrait elle permettre une		

meilleure communication avec le SAMU ?		
--	--	--

II.2.2 - Recueil des données

L'entretien était alors enregistré après consentement de la personne concernée à l'aide de deux dictaphones, puis dactylographié intégralement. Il était ensuite anonymisé, en conservant la profession, afin d'observer les bénéfices attendus, ainsi que les appréhensions de chacun. La saturation de données était recherchée, comme nous pensions ne pas l'avoir atteinte, nous avons décidé de réaliser un entretien supplémentaire, qui a été enregistré par téléphone.

II.2.3 - Enregistrement des données

La retranscription a permis de relever les idées, les ressentis des professionnels vis à vis de la télémédecine à partir des verbatims. Ces idées ont été regroupées par thème lors de l'élaboration d'un tableau d'encodage, validées par le thésard et les directeurs de thèse, permettant une triangulation, afin de limiter les biais d'interprétation.

II.3 - Résultats

II.3.1 - Description de la population

Deux médecins généralistes , 2 médecins coordonnateurs, un cadre infirmier, 4 aides-soignants, 4 infirmiers diplômés d'état ont été interrogés entre mars 2016 et juin 2016. Les entretiens ont été réalisés pour les médecins libéraux au sein de leur cabinet et pour les autres personnes au sein de l' EHPAD. La durée moyenne d'un entretien était de 14 minutes.

Entretien	Profession	Lieu d'exercice	Sexe	Durée de l'entretien
A	Médecin	Cabinet Libéral à Clermont en Argonne	M	30 minutes
B	Médecin	Maison de santé (Libéral) Varennes en Argonne	F	12 minutes
C	Médecin	Cabinet Libéral et Coordonnateur à Stenay	M	19 minutes
D	Veilleur	EHPAD Sommedieue	F	9 minutes
E	Veilleur	EHPAD Sommedieue	F	11 minutes
F	Aide soignant	EHPAD Sommedieue	F	6 minutes
G	Aide soignant	EHPAD Stenay	F	7 minutes
H	IDE	EHPAD Sommedieue	F	8 minutes
I	IDE	EHPAD Stenay	F	9 minutes
J	IDE	EHPAD Stenay	F	11 minutes
K	IDE	EHPAD Varennes	F	5 minutes
L	Médecin	Coordonnateur EHPAD de Sommedieue	M	29 minutes
M	IDE	EHPAD Varennes	F	26 minutes



II.3.2 - Une technologie peu connue et peu expérimentée.

« *Je n'ai aucune connaissance* » (A, médecin) ainsi que « *Je n'ai aucune expérience* » (L, médecin) prédominaient dans ces entretiens. Certains supposaient qu'il s'agissait d'« *une consultation interprofessionnelle* » (B, médecin) ou d'un « *transfert d'information par ordinateur* » (H, IDE).

Pourtant la filière de télémédecine pour la prise en charge des AVC entre Verdun, Bar le Duc et Nancy était connue : « *par exemple quand on a des cas d'AVC, par exemple dans notre site dans le coin de Verdun et aux alentours, ils peuvent aller aux urgences de Verdun et je pense qu'ils se connectent, ou alors c'est Nancy et Bar le Duc je sais plus trop, qui peuvent se connecter, par exemple entre les neurochirurgiens pour voir si vraiment il faut transférer sur Nancy* » (I, IDE).

II.3.3 - Une ressource espérée et attendue.

II.3.3.a - L'espoir

L'enthousiasme quant aux possibilités était prépondérant face à l'apport de cette technologie « *Ça nous aiderait bien c'est vrai, parce que des fois quand on est au téléphone, qu'ils nous disent des choses ou quoi... et puis on est que deux... donc il faut quand même avoir un avis et voir ce que l'on peut faire, et puis voilà...* » (E, veilleur).

La faible démographie médicale en médecine générale, plus marquée en Meuse que dans le reste de la France, pourrait, pour certains, être compensée par la télémédecine : « *avec les disparités dans certaines zones, interagir avec un médecin au lieu de le faire déplacer ou faire déplacer le patient, je pense que ça peut être plus bénéfique.* » (I, IDE). Ce sentiment s'exprimait également à propos des spécialistes d'organe : « *si on souhaitait quelque chose, ce serait d'avoir des délais plus courts pour le spécialiste.* » (B, médecin).

II.3.3.b - Une aide diagnostique et thérapeutique

Les professionnels constataient, au quotidien, des allongements de délai de prise en charge entraînant, pour eux, des retards de décision thérapeutique.

Des avis dermatologiques étaient bienvenus dans le cadre des plaies chroniques : « *on a une résidente qui a quand même un pansement qui n'est pas très beau et on ne sait pas toujours trop comment faire.* » (H, IDE) et concernant la dermatologie en général : « *Du coup, la télémédecine pourrait me servir pour les avis dermatologiques. On pourrait faire des photos et envoyer aux dermatologues.* » (A, médecin).

L'interprétation des ECG était intéressante : « *C'est pas trop à moi de lire des ECG* » (A, médecin).

L'utilité du protocole de télémédecine en place pour la prise en charge des AVC était mise en avant : « *La seule difficulté c'est d'appeler les « urg. » et dire vous mettez tout en route pour voir monsieur untel qui a manifestement fait un AVC, peut être le thrombolyser et tout ça.* » (A, médecin).

II.3.3.c - Une aide à la régulation médicale

La régulation médicale s'en trouverait plus efficace et adaptée : « *Donc si elles ont un maximum d'informations à donner à la régulation, elle fera gagner à la régulation aussi en terme de prise en charge ou de non prise en charge.* » (B, médecin) « *c'est vrai que c'est pas toujours évident pour nous de savoir, de juger la chute si il y a besoin ou non que la personne soit transférée aux urgences ou pas...* » (E, Veilleur).

Les déplacements des médecins et les transferts des résidents étaient jugés plus appropriés : « *Moi je pense qu'avec les disparités dans certaines zones, interagir avec un médecin au lieu de le faire déplacer ou faire déplacer le patient, je pense que ça peut être plus bénéfique.* » (I, IDE).

II.3.3.d - Améliorer la prise en charge médico-sociale du patient

Raccourcir les délais de prise en charge était un souhait partagé par tous: « *Une rapidité, si on a tout de suite le médecin [...] C'est vrai que ça fait gagner du temps pour la personne .* » (I, IDE); « *Peut permettre de réduire le délai d'attente entre la demande et la réponse médicale* » (H,IDE).

La qualité de vie du patient pourrait être améliorée en limitant les transports jugés peu, voire pas, utiles : « *[...] par exemple plaies et cicatrisation, notre référent pour les 3 établissements est le Docteur B. [dermatologue] [...] alors qu'en fin de compte je pense que par la téléconsultation on pourra avoir juste des consultations que je qualifierai d'essentielles, où il faudra que le résident se rende.* » (M, IDE)

Le coût des transports inutiles évités pouvait être économisé « *ça coûte à la sécurité sociale* » M,IDE.

Les perturbations et angoisses des patients liées à leur prise en charge devenaient évitables : « *Souvent les résidents sont complètement perturbés à l'idée de faire la route* » (M,IDE); « *qu'elles voient bien qu'elles [les IDE] ont à gérer parfois des situations compliquées ; quand il faut envoyer parfois en consultation extérieure des résidents qui ne veulent pas y aller du tout.* » (M, IDE) ainsi que les transports compliqués par la grabatisation : « *la personne est difficilement transportable, c'est en ambulance.* » (H,IDE).

Dans le cadre des démences, les consultations étaient enrichies par la présence d'un soignant aux côtés du patient : « *c'est une dame qui ne peut pas du tout expliquer si elle a mal ou comment c'est...* » (H,IDE).

II.3.3.e - Améliorer le cadre de travail de l'équipe paramédicale

Soutenir les équipes paramédicales : « *Je pense que l'on serait plus rassuré d'avoir quelqu'un en direct* » (G, aide soignant) et les guider était un apport estimé : « *Nous rassurer et nous guider dans nos gestes d'urgence...* » (G, aide soignant).

Les prescriptions d'actes médicaux par téléphone nécessitent d'être comprises clairement, les outils de télémedecine permettraient des prescriptions écrites : « *J'ai toujours peur de ne pas avoir bien compris les prescriptions, les posologies et tout... Faire un acte sans prescription écrite est gênant...* » (H, IDE).

L'utilisation de la télémedecine apporterait un gain de temps dans leur travail : « *Plus de fluidité, dans la gestion, tous les jours, des problématiques des résidents.* » (M, IDE).

II.3.3.f - Assurer une guidance des paramédicaux

« *Au bout du fil on aura quand même le médecin qui sera là pour nous guider...* » (I, IDE)

Une meilleure orientation des actes de secourisme était attendue : « *peut être qu'avec l'appareil, ils auraient pu nous dire de masser plus fort* » (G, aide soignant).

II.3.4 – Des obstacles à la mise en place

II.3.4.a - Intérêt de plus d'information et de formation

Le manque d'information limitait, selon certains, la vision des enjeux de cette technologie : « *Écoutez comme je ne sais pas encore bien comment utiliser cet outil...* » (A, médecin); ; « *Je pense qu'il faudrait l'essayer !* » (J, IDE).

La proposition d'une formation était bienvenue : « *Oui il faudrait que l'on sache comment l'utiliser, et ne pas l'utiliser pour n'importe quoi...* » (E, veilleur).

II.3.4.b - Limites humaines

Les médecins refusaient de prendre la responsabilité d'interpréter un ECG : « *C'est pas à mon âge que je vais me remettre l'ECG.* » (A, médecin) ou de passer à côté de découvertes fortuites qu'aurait permis un examen classique : « *c'est parfois lors de l'examen clinique que l'on tombe fortuitement sur tout autre chose, ce que ne verrait pas un professionnel paramédical non formé.* » (B, médecin).

Les veilleurs et aides soignants se voyaient confrontés à des limites de compétences théoriques. Ils ne sont pas formés à la réalisation d'un ECG : « *sauf que normalement l'ecg...[...] c'est à dire que ce n'est pas de nos compétences.* » (F, aide-soignant) .

La résistance au changement se faisait ressentir à tous les niveaux : les médecins « *Après qu'on me demande moi d'être l'acteur central de cet outil et que ça soit moi qui l'utilise au quotidien, en intrusion de mes consultations, dans mon rythme de vie, c'est différent.* » (B, médecin) ; les paramédicaux : « *mais on aura pas le temps !* » (M, IDE); « *A quel moment nous allons pouvoir le faire ?* » (M, IDE).

II.3.4.c - Limites organisationnelles

Le risque d'un gâchis budgétaire était évoqué dans le cas où le projet ne serait mis en place que partiellement : « *le projet au départ est toujours beau, mais dans les faits, que ça soit dans les créneaux horaires pour les mettre en place, ou les interlocuteurs que l'on a en face, et bien ce n'est pas si simple que ça et c'est tout le système qu'il faudrait réviser.* » (B, médecin).

Les craintes à l'usage d'outils de télémédecine sont aussi liées à l'appréhension d'un mésusage : « *J'aurai peur de ne pas l'utiliser à bon escient.* » (H, IDE).

La prescription à distance requiert une présence infirmière : « *Après on a pas accès non plus aux médicaments, du coup si on doit en donner, on ne peut pas.* » (D, veilleur).

II.3.4.d - Limites techniques

Certains actes ne seront pas réalisables par un outil de télémédecine : la pose de sonde urinaire : « *pour les mecs qui pissent plus. Bon, on ne sait plus mettre de sonde de nos jours* » (A, médecin), la réalisation d'une suture : « *Après les médecins qui interviennent ici en EHPAD c'est rare, c'est des sutures...* » (A, médecin).

La mise en place et l'utilisation d'outils de télémédecine requiert la présence d'un réseau internet fiable et ayant suffisamment de débit : « *Montfaucon qui est peu connecté au réseau, qui a une bande passante très basse* »(M,IDE). Un réseau wifi dans l'enceinte de l'établissement est également indispensable, cela représente un investissement conséquent : « *Pour pouvoir le faire il va falloir que j'investisse dans des bornes wifi complémentaires et à cette heure ci très simplement je n'ai pas le budget.* »(M,IDE).

II.4 - Discussion

II.4.1 - Biais de l'étude

Le biais de recrutement est à évoquer, seulement 3 EHPAD ont été considérés, les résultats auraient-ils été différents si nous avions étendu les entretiens sur davantage d' EHPAD ? Nous avons tenté d'éliminer ce biais, en choisissant des EHPAD éloignées du centre hospitalier de référence et des équipes du SAMU.

Les biais d'investigation et d'interprétation, liés à l'absence d'expérience du thésard, ont été limités par la triangulation des guides d'entretiens puis des extractions de données avec les directeurs.

II.4.2 - Des ressentis divergents

Même si l'on note d'une manière générale une bonne volonté lors de la prise en charge du patient en EHPAD, une certaine inertie et une appréhension au changement se font ressentir face à la télé-médecine.

Les médecins semblent connaître les protocoles de télé-médecine en place et ils reconnaissent leur efficacité et utilité, certains ne semblent pas réussir à se projeter, ni à envisager l'utilisation d'un tel outil dans leur exercice.

Certains médecins sont ouverts à la télé-médecine, et semblent penser qu'elle peut représenter une aide à la télé-régulation ou au soutien des équipes paramédicales qui gèrent les urgences rencontrées en EHPAD.

D'autres médecins sont plutôt fermés, semblant craindre une inutilité, une perte de temps et une surcharge de travail. Ils considèrent que l'examen clinique est indispensable.

Des résultats similaires sont observés dans une étude réalisée en focus groupe sur les représentations et expériences de la télé-médecine auprès des médecins généralistes (10). Une autre étude réalisée en entretiens individuels semi dirigés rapporte également ces résultats concernant la télé-médecine en EHPAD (11).

Le personnel paramédical reconnaît son manque de connaissance des outils de télé-médecine. Cependant, ils mettent beaucoup d'espoir sur l'utilisation de cet outil dans leur quotidien : guidance, réassurance, amélioration de la communication, amélioration de la transmission des prescriptions médicales... Cela pourrait permettre d'impliquer et de valoriser les personnels d' EHPAD.

Le personnel soignant évoque des conditions de travail compliquées et ont peur que la télé-médecine devienne une charge supplémentaire.

La formation en présence du matériel permettrait de lever les questions et de les faire participer à ce projet.

II.4.3 - Une réponse aux soins non programmés

La télé-médecine pourrait être un support de régulation médicale dans le cadre des soins non programmés avec le SAMU en soirée et en nuit profonde et avec les médecins traitants aux heures ouvrées.

Les conséquences d'un passage aux urgences sont physiques et psychologiques. L'inquiétude, la déstabilisation de se retrouver dans un endroit non familier, l'attente... tout cela a

des répercussions sur le patient, d'autant plus s'il est hospitalisé dans un service ayant des horaires ou habitudes différents : en effet la plupart des services hospitaliers, sauf la gériatrie, sont organisés pour gérer des patients autonomes qui peuvent rester seuls. Ainsi une consultation gériatrique peut permettre une réduction de 11,3 % du risque de prise en charge au service des urgences dans les 6 mois suivant (12). Dans un quart des cas le retour en EHPAD après une hospitalisation, les soignants constatent une dégradation de l'autonomie du patient (13).

La télémédecine utilisée dans le cadre des soins non programmés est attendue, voire espérée. L'un des premiers thèmes abordés concernait la réalisation et l'interprétation d'un ECG dans le cadre des douleurs thoraciques aiguës et/ou atypiques, si l'on part du principe que l'outil utilisé permet de faire réaliser un ECG par un personnel paramédical non formé à sa réalisation. La transmission d'un ECG révélant un sus décalage du segment ST associé à une anti-agrégation préhospitalière permet une baisse significative de la mortalité. Dans ce contexte, la présence d'une infirmière conjointement à l'usage de la télémédecine augmente de manière significative le taux de survie (14).

En cas de décompensation cardio-respiratoire, l'équipe paramédicale pourrait recueillir l'ensemble des paramètres du patient, à l'aide de l'appareil de télémédecine à disposition. Elle contacterait le 15, en envoyant simultanément une synthèse du dossier médical et les constantes relevées. Le régulateur pourrait en prendre compte en même temps que les observations du personnel et pourrait prendre des décisions de prescriptions et une surveillance adéquates, sur place ou aux urgences.

Vingt à 30 % du personnel d' EHPAD ressentait des difficultés à décrire la situation médicale, de leur côté les permanenciers, ainsi que les médecins régulateurs reconnaissent leurs difficultés à évaluer l'ancienneté et la gravité des symptômes d'un patient âgé dans 73,7% des cas(6).

Une amélioration de la communication avec le médecin régulateur est recherchée. Une étude concernant la mise en place de la télémédecine en EHPAD en lien avec le SAMU et le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) 10 a également montré les difficultés de communication ressenties par les 2 interlocuteurs d'une communication entre le SAMU et un personnel d' EHPAD (15).

Un projet de télémédecine pour la prise en charge des soins non programmés en EHPAD est également en cours d'expérimentation sur l'agglomération nancéienne. Douze EHPAD sont équipés de tablettes(16). Une étude observationnelle sera bientôt réalisée.

Une formation paraissait indispensable à l'ensemble des participants. Cette observation a déjà été faite dans l'étude concernant l'installation de la télémédecine en EHPAD concernant la régulation médicale en EHPAD par le centre SAMU 10 (15); l'auteur insiste sur la nécessité d'une formation initiale, suivi d'une formation continue jusqu'à l'usage optimal spontané. Enfin des rappels réguliers paraissaient indispensables.

II.4.4 - Une alternative aux avis de premier et second recours

La potentialité d'utilisation au quotidien, en dehors des soins non programmés est également évoquée.

La télémédecine permet aux résidents de bénéficier d'une consultation médicale sans avoir à déplacer ni le patient, ni le médecin.

Dans ce contexte, la téléconsultation se déroulera en compagnie d'un soignant qui connaît le patient, il apportera des renseignements sur le plan médical mais aussi social et psychologique aux médecins requis. Sa présence peut aussi permettre une meilleure compréhension en cas de surdité ou de déclin cognitifs. Des difficultés de communication avec le patient âgé ont été mis en évidence dans une étude(17), ce qui demande des efforts d'adaptation de la part du médecin requis, cet élément pourrait être am elior e par la présence du soignant.

Elle s'applique très bien aux consultations de dermatologie et au suivi des plaies ; d'autres avis complémentaires peuvent également être demand es, comme les ECG cit es à plusieurs reprises dans cette enquête. Une étude sur l'expérimentation de la télémédecine dans un EHPAD a mis en évidence de nombreux motifs de téléconsultations de médecine générale, qu'il s'agisse de dermatologie, d'angiologie, de gastro-entérologie, de cardiologie, de néphrologie, de rhumatologie, de diabétologie, de neurologie, de g eriatric, de psychiatrie ou concernant la prescription médicamenteuse(18) (19).

TLM Pl@ies chroniques, un projet de télé-dermatologie, a, quant à lui, permis 425 actes de téléconsultations sp ecialis es ; un apport intéressant est que dans 8 % des cas, en l'absence de la télémédecine, la prise en charge n'aurait pas été effectuée, un autre constat est que cela a permis d'éviter un transport dans 89 % des cas permettant une économie de 18000 kilomètres de transports sanitaires (20).

En Aquitaine, un autre réseau a pris en charge 41 patients résidents d' EHPAD en 88 consultations sur 13 mois d'étude observationnelle ; cette étude a mis en évidence une diminution du coût des pansements par résident par semaine, ainsi qu'une amélioration de la prévention anti escarre au lit et au fauteuil(21).

Le médecin traitant pourrait lui aussi utiliser cet outil dans son quotidien : donner un avis orient e depuis son cabinet limitant ainsi le nombre de visites et lui permettant de gagner du temps. Par ailleurs il pourrait lui même utiliser cet outil depuis l' EHPAD afin de bénéficier d'avis complémentaires de spécialistes d'organe pour ses patients.

II.4.5 - Approche de faisabilité des téléconsultations en EHPAD

L'ensemble des données extraites ont permis de mettre en évidence différents éléments indispensables à la mise en place de tels projets de deux ordres : des facteurs humains et techniques.

II.4.5.a - éléments techniques

La recherche d'outils pertinents, performants et adapt es au projet, maniables et simples d'utilisation par le personnel. Le logiciel sera compatible avec le logiciel de soins et permettra l'accès au dossier médical tenu à jour, qui comportera les ant ecedents, les constantes et examens de référence ; il sera également compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP) afin de permettre des prescriptions médicales à distances.

Un réseau internet de haut débit est indispensable, surtout en zone rurale. L' EHPAD devra s'assurer de disposer de suffisamment de répartiteurs wifi à proximité immédiate des chambres, à défaut elle devra équiper une pièce d edie e qui sera d'accès facilit e pour l'ensemble des résidents.

II.4.5.b - Facteurs humains

La collaboration des nombreux potentiels intervenants est cruciale : médecins libéraux intervenants en EHPAD, équipe du 15, l'équipe de l' EHPAD. Ils devront également se former à ce nouveau mode de communication ; le déploiement de personnel ou de temps dédié à cette pratique sont nécessaires.

L'ARS du Grand Est propose d'ores et déjà un dispositif d'astreinte d'infirmier(ère) de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD (22) , permettant une présence infirmière sur les horaires de permanence des soins.

II.5 - Conclusion

La télémédecine se veut novatrice. Elle est à ce jour encore peu connue pour initier des projets concrets, cependant elle représente un espoir quand à la carences médicale dans le cadre des soins non programmés, mais également dans le cadre de soins programmés. Cette étude permet d'établir 6 recommandations quant à l'instauration d'un projet de télémédecine en EHPAD.

1 - S'assurer d'une connexion haut débit sur l'ensemble du territoire
2 - Établir un projet de santé en collaboration avec les différents acteurs, porté par les équipes de soins primaires , les EHPAD et le SAMU
3 - Assurer de la part du prestataire de fournir un outil performant, facile d'utilisation et compatible avec le DMP et les logiciels de soins, et veiller aux dysfonctionnements
4 - Établir une collaboration de travail entre les diverses équipes des soins programmés et la permanence de soins ambulatoires.
5 - Former l'ensemble des différentes équipes à l'utilisation optimale de l'outil.
6 - Mettre en place un journal de bord ainsi que des réunions rencontres afin d'inciter à l'échange des difficultés et promouvoir des solutions acceptables par l'ensemble du personnel concerné.

III - Bibliographie de l'article

1. CNOM. Télémédecine : les préconisations de l'ordre des médecins. 2009;22.
2. HAS Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise . avril 2018 [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf
3. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée | CNIL [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>
4. STAtistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) du Grand Est pour l'année 2017 est disponible ! [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du-social-statiss-du-grand-est-pour-lannee-2017-est>
5. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s2=2018;l=fr;i=demo_med.dens_act_totale;v=map2;s=2018;sly=a_dep_DR;z=-149877,7218838,1495552,1069735;sid=54;i2=demo_gen_tot.gen
6. Shouaib W. Les passages au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bel-Air de Thionville des patients résidant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes . Thèse de médecine. 2017;
7. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. *J Am Geriatr Soc.* avr 2010;58(4):627-35.
8. HAS Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad [Internet]. [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
9. Le Fur-Musquer É, Delamarre-Damier F, Sonnic A, Berrut G. [Is there any predictive factors for hospital admission of elder subjects from nursing home?]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* juin 2012;10(2):137-42.
10. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales: représentations et expériences de médecins généralistes. *Santé Publique.* 2016;28(4):487.
11. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD: représentations, attentes et expériences. Thèse de médecine. 2018;
12. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is Geriatric Care Associated with Reduced Emergency Department Use? *J Am Geriatr Soc.* janv 2013;61(1):4-11.
13. Delabrière I, Delzenne E, Gaxatte C, Puisieux F. Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions. *La Presse Médicale.* 1 janv 2014;43(1):e1-7.

14. Papai G, Csato G, Racz I, Szabo G, Barany T, Racz A, et al. The transtelephonic electrocardiogram-based triage is an independent predictor of decreased hospital mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention. *J Telemed Telecare*. 10 déc 2018;
15. COLLAVINI C. Améliorer la gestion de l'urgence médicale des personnes âgées en institution - L'exemple d'un projet pilote de télémédecine entre des EHPAD et le SAMU dans l'Aube - Mémoire de Master. 2013.
16. Roldo C, Poussel M, Lejeune C, Vezain A. Un dispositif télémédecine pour une meilleure prise en charge en urgence du résident en EHPAD. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*. 1 avr 2017;6(1):33-4.
17. Mathieu-Fritz A, Smadja D, Espinoza P, Esterle L. Télémédecine et gériatrie. *Gerontologie et societe*. 6 juill 2012;35 / n° 141(2):117-27.
18. Morettini A. Télémédecine et téléconsultations gériatriques en EHPAD : état des lieux après deux ans d'expérimentation au sein de la résidence Le Parc à Nancy. Mémoire de DU. 2016;
19. Bismuth S, Remande A, Découard P, Boyer P, Chicoulaa B, Hein C, et al. Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*. 1 juin 2014;3(2):77-83.
20. Robineau S, Nicolas B, Allain AA, Le Bihan L, Chopin A, Durufle A, et al. De l'enquête sur la prévalence des escarres dans les EHPAD et les attentes des infirmières libérales à la mise en place d'une activité de télémédecine pour les plaies chroniques. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*. 1 avr 2017;6(1):32.
21. Hautenuve M. Étude prospective et observationnelle, sur un an, de l'activité des téléconsultations de plaies chroniques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. :102.
22. Dispositif d'astreinte d'infirmier(ère) de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/dispositif-dastreinte-dinfirmierere-de-nuit-mutualisee-entre-plusieurs-ehpad>

IV - Conclusion de la thèse

Cette étude a mis en évidence une méconnaissance de la télémédecine, la majorité des avis paraissent peu sûrs et peu argumentés. Une certaine curiosité émane de ces entretiens, cependant la projection à l'usage reste difficile.

Par ailleurs, les entretiens mettent en avant un sentiment de solitude des professionnels paramédicaux dans la gestion des problèmes médicaux qui dépassent leurs connaissances et compétences. Ils semblent attendre plus de présence, de soutien et d'humanité de ces nouvelles technologies.

Il est envisageable que de tels outils puissent également être mis à disposition du médecin traitant, dans le contexte de la permanence des soins ambulatoires, lui permettant d'intervenir sans avoir à se déplacer. La téléconsultation permet une réponse médicale rapide et adaptée, alors que l'organisation d'une visite le jour même d'un appel est rarement chose aisée, pourtant, en fonction du contexte de l'appel, une hospitalisation, voire un recours aux urgences pourraient être évités. Des études observationnelles demeurent indispensables quant à l'utilité de cet outil ainsi qu'à ses potentialités d'avenir, permettant d'engendrer une dynamique positive en recentrant le professionnel auprès de son patient, et non dans des démarches administratives et logistiques inadaptées et déshumanisantes.

Cette nouvelle technologie entreprend de modifier nos pratiques en profondeur, elle apporte une amélioration du suivi et des prises en charge médicales des patients d'EHPAD, puis prochainement pour l'ensemble des patients : un cabinet de téléconsultation s'est ouvert à Nancy le 18 mars 2019.

Cet outil nous impose un minimum d'investissement pour l'apprentissage de son utilisation, et un minimum de vigilance aux dérives potentielles des nouvelles technologies : la télémédecine ne doit pas participer à « l'uberisation » de la santé et ses dérives commerciales ; le respect du patient et de la déontologie médicale doit rester à notre esprit dans le tumulte de notre pratique professionnelle.

V - Bibliographie de la thèse

1. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>
2. HAS Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad [Internet]. [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
3. DGOS_Michel.C. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continue-des-soins/article/la-permanence-et-continue-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
4. rapport Mesnier concernant les soins non programmés.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
5. STATISS_GRAND_EST_2017_v14.11.2018.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-11/STATISS_GRAND_EST_2017_v14.11.2018.pdf
6. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s2=2018;l=fr;i=demo_med.dens_act_totale;v=map2;s=2018;sly=a_dep_DR;z=-149877,7218838,1495552,1069735;sid=54;i2=demo_gen_tot.gen
7. Ziouech LY. Intérêt de la télémedecine dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral. Etude rétrospective de l'expérience entre les centres hospitaliers de Nancy et Bar Le Duc [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2012 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770794>
8. Arnaud M. Téléconsultation en addictologie en Meuse : Intérêts et reproductibilité à partir d'un expérimentation au sein du pôle de santé pluriprofessionnel de Revigny. 2015.
9. Code de la santé publique - Article L6316-1.
10. HAS Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise . avril 2018 [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf
11. PGSSI-S : Politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé Règles pour les dispositifs connectés d'un Système d'Information de Santé (SIS) « ASIP Santé/ Pôle Technique et Sécurité » [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.afhads.fr/wp-content/uploads/2013/02/ASIP_PGSSI_Referentiel_dispositifs-connect%C3%A9s_V0-0-9.pdf

12. CNOM. Télémédecine : les préconisations de l'ordre des médecins. 2009;22.
13. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée | CNIL [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>
14. Moukabary T. Willem Einthoven (1860-1927): Father of electrocardiography. *Cardiol J*. 2007;14(3):316-7.
15. Si « Le Généraliste » était paru en 1910 - Le téléphone appliqué au diagnostic des maladies du cœur [Internet]. [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2017/08/24/le-telephone-applique-au-diagnostic-des-maladies-du-coeur_311707
16. Amenta F. The International Radio Medical Centre (C.I.R.M.): an organization providing free medical assistance to seafarers of any nationality world wide. *Int Marit Health*. 2000;51(1-4):85-91.
17. Wittson CL, Benschoter R. Two-Way Television: Helping the Medical Center Reach Out. *AJP*. 1 nov 1972;129(5):624-7.
18. Butner SE, Ghodoussi M. Transforming a surgical robot for human telesurgery. *IEEE Transactions on Robotics and Automation*. oct 2003;19(5):818-24.
19. Randriambelonoro M, Bagayoko C-O, Geissbuhler A. Telemedicine as a tool for digital medical education: a 15-year journey inside the RAFT network. *Annals of the New York Academy of Sciences* [Internet]. [cité 27 sept 2018];0(0). Disponible sur: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nyas.13883>
20. Kjelle E, Lysdahl KB. Mobile radiography services in nursing homes: a systematic review of residents' and societal outcomes. *BMC Health Serv Res*. 23 2017;17(1):231.
21. Eminović N, Dijkgraaf MG, Berghout RM, Prins AH, Bindels PJ, de Keizer NF. A cost minimisation analysis in teledermatology: model-based approach. *BMC Health Services Research*. 25 août 2010;10(1):251.
22. [pres_altermed_officielle_030306.pdf](http://www.portailtelesante.org/users_private/CATEL/pres_altermed_officielle_030306.pdf) [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: http://www.portailtelesante.org/users_private/CATEL/pres_altermed_officielle_030306.pdf
23. Ottavy F, Filippi G. Retour d'expérience : un an de télé-expertise en dermatologie libérale en Corse. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*. 1 avr 2017;6(1):23-9.
24. Carvalho P, Bauvin O, Plaquevent M, Joly P. La télémédecine, un outil pour la prise en charge des cancers cutanés en EHPAD. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 1 déc 2018;145(12, Supplément):S174.
25. Troitzky DD. Téléconsultation gériatrique dans le Cher. :4.
26. CHRU de Nancy - Télémédecine [Internet]. [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.chu-nancy.fr/index.php/formation-recherche-et-innovation/teleexpertise>

27. Morettini A. Télémédecine et téléconsultations gériatriques en EHPAD : état des lieux après deux ans d'expérimentation au sein de la résidence Le Parc à Nancy. Mémoire de DU. 2016;
28. Roldo C, Poussel M, Lejeune C, Vezain A. Un dispositif télémédecine pour une meilleure prise en charge en urgence du résident en EHPAD. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*. 1 avr 2017;6(1):33-4.
29. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie - Elibrary France [Internet]. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: <https://www-elsevierelibrary-fr.bases-doc.univ-lorraine.fr/pdfreader/griatrie15187221>
30. Delabrière I, Delzenne E, Gaxatte C, Puisieux F. Retour en EHPAD après une hospitalisation : modalités et qualité des transmissions. *La Presse Médicale*. 1 janv 2014;43(1):e1-7.
31. Humbert M. Facteurs influents et spécificité de l'expertise gériatrique dans l'orientation du patient âgé hospitalisé en SSR: étude rétrospective sur 100 patients au Service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique du CHRU de Nancy. :149.
32. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is Geriatric Care Associated with Reduced Emergency Department Use? *J Am Geriatr Soc*. janv 2013;61(1):4-11.
33. [guide_aggir_2008.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf) [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf
34. Boyer P-Y. Légitimité, implications et apprentissage dans le changement organisationnel radical. *Travaux & documents*. oct 2016;(50):79-89.
35. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/enjeux-ethiques-du-vieillissement-quel-sens-la-concentration-des-personnes-agees-entre>
36. Le Fur-Musquer É, Delamarre-Damier F, Sonnic A, Berrut G. [Is there any predictive factors for hospital admission of elder subjects from nursing home?]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. juin 2012;10(2):137-42.
37. Gagneux S. La place des médecins généralistes face aux directives anticipées [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2018 [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931947/document>
38. Hugny C. Les directives anticipées en EHPAD : ressenti de deux équipes soignantes sur leur utilisation pratique [Internet]. 2018 [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://drive.google.com/drive/my-drive?ogsrc=32>
39. Comité consultatif National d'éthique. Le « dossier médical personnel » et l'informatisation des données de santé. 19 mars 2008;
40. 100e logiciel « DMP-compatible » homologué : en 2 ans, l'interopérabilité est devenue une réalité pour l'informatique de santé. | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/communiqués-de-presse/100e-logiciel-dmp-compatible-homologue-en-2-ans-l>

41. DMP : 71 millions d'euros pour les prestataires privés [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.acteurspublics.com/2012/08/29/dmp-71-millions-d-euros-pour-les-prestataires-prives>
42. DMP: un déploiement dans neuf départements pilotes à partir de décembre [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/3218/dmp-un-deploiement-dans-neuf-departements-pilotes-a-partir-de-decembre.html>
43. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>

Annexes

Guide d'entretien à destination des Médecins

La téléconsultation a pour objet de permettre une consultation avec un personnel médical à distance à un patient.

NOTIONS TELEMEDECINE / TELECONSULTATION

Quelles sont vos connaissances et expériences de la télémédecine, plus spécifiquement des téléconsultations ?

Relances :

- Avez-vous déjà utilisé un outil de télémédecine ? Dans quel contexte ? Souhaiteriez-vous renouveler ou prolonger cette expérience ? Pourquoi ?
- Avez-vous rencontré des difficultés matérielles ?

APPREHENSION

1/ Que pourrait vous apporter la télémédecine, qu'en attendez-vous ?

2/ Quelles difficultés appréhendez-vous, qu'est-ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser de tels outils ?

3/ Craignez-vous d'engager votre responsabilité médicale avec l'utilisation de tels outils ?

PRATIQUE

1/ Dans quelles situations, la téléconsultation pourrait / aurait pu vous être utile dans le cadre de la continuité des soins et des soins non programmés ?

2/ De nuit et sur des périodes de garde médicale, la télémédecine pourrait-elle permettre une meilleure communication avec le SAMU ? Souhaiteriez-vous l'utiliser ?

Guide d'entretien à destination des veilleurs EHPAD

QUALITE/RESSOURCES/COMPETENCES

1/ Quelles sont vos compétences et missions en EHPAD ?

Êtes vous habilité(e) à prendre des constantes? Lesquelles ?

Avez-vous des notions de secourisme/médicales ? Lesquelles ?

2/ A quels problèmes médicaux avez vous été confronté ? Quels ont été vos recours ?

TELEMEDECINE / TELECONSULTATION

1/ Quelles sont vos connaissances de la télémédecine, plus précisément de la téléconsultation?

APPROCHE PRATIQUE

1/ Seriez-vous prêt à utiliser un outil de télémédecine / téléconsultation qui permettrait une communication plus précise avec un médecin ?

2/ Que pourrait vous apporter la télémédecine au quotidien ?

3/ Qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser la télémédecine ?

Relances :

• Dans quel contexte ?

• Quelles sont vos craintes ?

• Une formation vous permettrait elle une meilleure appréhension ?

4/ Une situation que vous avez vécue aurait-elle pu être gérée avec la télémédecine / téléconsultation ?

Relances :

• Qu'aurait-elle pu apporter au patient ?

• Qu'aurait-elle pu vous apporter ?

• Voyez vous d'autres bénéfices que pourraient vous apporter les téléconsultations ?

TELEMEDECINE / TELECONSULTATION

1/ Quelles sont vos connaissances de la télémédecine, plus précisément de la téléconsultation?

2/ Avez-vous déjà expérimenté une téléconsultation ? Que vous a-t-elle apporté ?

Relances:

- Qu'a-t-elle apporté à votre patient ?
- Avez-vous rencontré des difficultés ?
- Souhaiteriez vous renouveler l'expérience ?

APPROCHE PRATIQUE

1/ Seriez vous prêt à utiliser un outil de télémédecine / téléconsultation qui permettrait une communication plus précise avec un médecin ?

2/ Que pourrait vous apporter la télémédecine au quotidien ?

3/ Qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser la télémédecine ?

Relances :

- Dans quel contexte ?
- Quelles sont vos craintes ?
- Une formation vous permettrait elle une meilleure appréhension ?

4/Une situation que vous avez vécue aurait-elle pu être gérée avec la télémédecine / téléconsultation ?

Relances :

- Qu'aurait elle pu apporter au patient ?
- Qu'aurait elle pu vous apporter ?
- Voyez vous d'autres bénéfices que pourraient vous apporter les téléconsultations ?

Entretiens

A (Médecin généraliste)

Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ?

Je n'ai aucune connaissance. Je subodore l'idée que, si par exemple quand on a un problème de douleur thoracique, on va faire un ECG, le télétransmettre par ces trucs là et avoir un retour par le biais de spécialistes qui vont te dire si tu dois t'affoler ou si tu t'es angoissé pour rien.

Avez vous eu des expériences? Jamais.

Avez vous déjà vu du matériel de télémédecine? Jamais.

Que pourrait vous apporter la télémédecine?

En premier, me viennent les ECG. Il y a les cas où l'on a pas besoin de télémédecine pour voir que tel patient a fait un AVC. La seule difficulté c'est d'appeler les « urg. » et dire vous mettez tout en route pour voir monsieur untel qui a manifestement fait un AVC, peut être le thrombolysé et tout ça.

C'est déjà arrivé un certain nombre de fois où t'arrives sur un patient qui est aphasique et hémiparétique, et tu le revois 8 jours plus tard, à la sortie de l'hôpital, il parle normalement et il bouge tout, c'est quand même sympa. On a connu les AVC dans le temps où c'était au petit bonheur la chance.

Il existe un protocole de télémédecine entre CH de Verdun et CHRU de Nancy pour la prise en charge des AVC.

Oui et ça marchait avec Bar-Le-Duc dans un premier temps. Et là donc quand on leur ramène les mecs à Verdun, ils bilantent, se mettent en relation avec la neuro de Nancy, je crois. Et ils gèrent. Et c'est quand même sympa. Après ça c'est pas à mon niveau.

Moi le jour là, ou le mec il a fait son AVC, moi j'étais à perpète. J'ai roulé à fond la caisse parce que le mec du SAMU il savait pas trop car, pas de bol, la femme de ce patient a un syndrome parkinsonien évolué et est très dysarthrique. On ne comprend que des « AARG » « OOORG ». Et donc du coup le collègue du SAMU se demandait ce qui se passait, du coup il t'appelle sur ton portable et te dit « allez vite voir ce qui se passe. » Donc 5 minutes après je suis là, évidemment ce n'est pas de la médecine très pointue : le mec il a une paralysie faciale, une aphasie et il ne bouge plus le bras. Pas besoin d'être major pour poser le diagnostic. Et après tout s'embraye bien. Y a pas de temps perdu. Et c'est des cas où cela fonctionne pas mal.

En EHPAD, on peut être appelé pour un problème neurologique, un problème de douleur thoracique, un problème de dyspnée, pour les mecs qui pissent plus. Bon, on ne sait plus mettre de sonde de nos jours, on est des médecins manuels, nous *[les médecins expérimentés]*. C'était bien dans le temps, maintenant il y a les urgences, c'est le truc magique. Dès que les gens ont un pet de travers, ils vont aux urgences. Donc, dans le temps, moi je faisais des sutures 4, 5 fois par semaines, on recousait tous les trucs qu'il y avait à recoudre à mon niveau de compétence, bien sûr on ne recousait pas les tendons etc. On en voit tout de même souvent des plaies bénignes des doigts, des huîtres qu'on ouvre pas bien, des coups de cutter et même des coups de tronçonneuse. Des trucs que je ne ferai plus maintenant parce que c'est de la folie, mais c'était intéressant.

Avant on avait les sutures, maintenant dès que les gens ont un pet de travers ils vont aux urgences, maintenant si je fais une suture par mois c'est un grand maximum.

C'est toujours bien en médecine quand le patient arrive malade et repart soulagé, comme le patient qui arrive en rétention aiguë d'urine qui est soulagé lorsqu'on lui pose sa sonde urinaire.

Quelles difficultés appréhendez vous?

Écoutez comme je ne sais pas encore bien comment utiliser cet outil...Comme on dit : c'est au pied du mur qu'on voit le maçon.

Par exemple, je sais pas, quel type de situation je pourrai avoir, j'essaye de voir des choses concrètes.

Le but de ce matériel est qu'un personnel non médical / non paramédical puisse nous fournir des constantes et un ECG, même en l'absence d'infirmière.

Ils en mettent des infirmières la nuit. On arrête pas d'expliquer aux infirmières : ne vous cassez pas la tête vous prenez les constantes et vous transmettez. Et le médecin se débrouille avec les constantes et pose des questions.

Dans l'EHPAD dans laquelle j'interviens ils ont une sorte d'unité centrale sur roulette qui donne tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation et température.

Craignez vous d'engager votre responsabilité médicale à l'usage de tels outils?

C'est pas trop à moi de lire des ECG. C'est pas à mon âge que je vais me remettre l'ECG.

Lire un ECG je sais à peu près, les blocs, les blocs de branches, les ondes et tout le bazar. Mais c'est une grosse responsabilité. Tu dis pas de problème, le problème d'un ECG c'est que ça laisse une trace quand même. Donc une fois que t'as dit qu'il n'y a rien et qu'il y a quelque chose t'es pas bien. Donc c'est pour ça que des vieux médecins comme moi on ne se fait plus avoir. Soit tu fais t'es sûr, soit t'es pas sûr tu fais pas ou alors tu le fais en ouvrant le parapluie très large. Tu peux pas sur un problème de douleur thoracique tu peux pas sur la simple lecture de l'electro. te passer sur un truc que tu vois une fois sur cent, sur 1000.

Après une fois que les gens sont morts, t'es juste désolé. Donc en vieillissant tu apprends à pas faire trop le malin.

Un exemple tout frais, la semaine dernière un mec de 92 ans, tonique, qui fait le jardin et tout, il a mal à une gencive en dessous de son appareil dentaire. Son dentiste lui bricole son appareil dentaire mais ça ne change rien. Son dentiste lui conseille un collègue à Verdun « superpointu » qui diagnostique un « aphte géant », il faut lui faire 8mg de CELESTENE injectable pendant 5 jours. Il me téléphone à moi et me dit de la prescrire. Je dis au patient pourquoi c'est à moi de prescrire ça, déjà j'ai jamais vu un protocole comme ça ; chez un patient qui a déjà un antécédent d'AVC, qui est un peu diabétique, qui a 92 ans. C'est sûr que c'est un aphte géant ? J'examine le patient, je ne vois pas ce que c'est ; j'explique au patient quand on sait pas, on demande. Du coup j'envoie à l'ORL de Verdun, il fait un prélèvement et c'était un carcinome épidermoïde.

On a toujours intérêt à dire à un patient « je ne sais pas, on va demander » plutôt que de se planter. Souvent t'as raison, mais si tu te plante une fois sur 10....

Il faut être prudent.

Du coup, la télémedecine pourrait me servir pour les avis dermatologiques. On pourrait faire des photos et envoyer aux dermatologues.

Dans quelles situations le téléconsultation pourrait / aurait pu être utile dans le cadre de la continuité des soins et des soins non programmés?

Des situations où on est embêté en médecine, il y en a beaucoup. Et c'est dans ces cas là que la télémedecine pourrait être intéressante. Quand tu vois des zones typiques, ou des tuméfactions cutanées à forte suspicion cancéreuse, tu sais quoi faire.

De nuit et sur des périodes de garde médicale, la télémédecine pourrait me permettre une meilleure communication avec le SAMU? Souhaiteriez vous l'utiliser?

Sûrement, oui.

Le problème pour faire de la télémédecine, c'est qu'il faut télétransmettre. Donc il faut déjà voir le matériel.

Est ce que la télémédecine ça consiste juste à téléphoner au régulateur du SAMU? ...

Moi je vois plus la télémédecine, t'as une douleur thoracique suspecte et un ECG, tu fais le médecin de brousse modeste, tu télétransmets et tu demandes un avis. Ça peut retirer une épine du pied quand même...

Quels autres moyens ? Une photo ? c'est rarement une situation d'urgence absolue...

Les situations d'urgences c'est les problèmes cardiaques, les embolies pulmonaires, les accidents vasculaires... après t'as des trucs bizarres parfois quand même...

Une fois j'ai eu une légionellose, tu prends un grand coup au moral, une fois on m'amène un mec, c'est comme s'il était bourré, c'était sa fille qui le soutenait... tu sens tout de suite que c'est pas trop clair... tu l'envoies à l'hôpital... 15 min après son arrivée l'hôpital t'appelle pour te dire qu'il a une légionellose...

B (Médecin généraliste)

Avez vous des connaissances et expériences de la télémédecine?

Non, en dehors de la consultation interprofessionnelle classique par téléphone.

Que pourrait vous apporter la télémédecine, qu'en attendez vous ?

En dermatologie, pour diminuer les délais. En fait, s'il n'y avait pas de pénurie, on aurait pas besoin de télémédecine. C'est toujours pareil, si on souhaitait quelque chose, ce serait d'avoir des délais plus courts pour le spécialiste. Maintenant le domaine dans lequel ça s'applique facilement, c'est la dermatologie, car on ne prend pas trop de risque. Je trouve qu'il est très important d'avoir une relation directe avec le patient et que c'est pas évident d'aller à la recherche de signes cliniques, et c'est parfois lors de l'examen clinique que l'on tombe fortuitement sur tout autre chose, ce que ne verrait pas un professionnel paramédical non formé. C'est là le risque. C'est là l'intérêt de notre transversalité.

Donc la télémédecine pour des choses très ciblées comme la dermatologie. A part ça, j'ai du mal à voir.

Quelles difficultés appréhendez vous, qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser de tels outils ?

On a eu la possibilité d'être équipé en électrocardiogramme. Moi, j'ai refusé parce que c'était la porte ouverte à être envoyé par la régulation chez toutes les crises d'angoisse, pseudo douleur thoracique, et autres dont ils auraient bien eu envie de se débarrasser alors qu'on est en consultation, en nous menaçant de non assistance à personne en danger. On doit quitter nos consultations en catastrophe. Une fois pour une douleur thoracique dans un bus qui s'est avérée être une crise d'angoisse, j'ai dû quitter mes consultations en catastrophe et j'ai trouvé le moyen de ne pas être payée, car je n'ai pas eu à faire déplacer ni pompiers ni SAMU. Comme j'ai gérée toute seule, ce n'était pas une intervention correspondant SAMU.

Tout ça pour dire que, on a eu la possibilité d'avoir ici un ECG ou on aurait pu transmettre. Moi je n'ai pas voulu. Je suis médecin de famille et c'est pas mon métier de gérer les douleurs thoraciques typiques, atypiques et les diagnostics différentiels. C'est différent d'avoir un patient que je suis et qui vient avec ce symptôme là. Je ne suis pas à la disposition des urgences pour faire les douleurs thoraciques du secteur, je ne me suis pas installée pour ça.

Mon collègue s'est dit : « Pourquoi pas ? Allez je vais prendre l'appareil ». Et finalement, on se rend compte qu'entre les projets et les moyens mis en œuvre ; les appareils ont tous été facturés à l'ARS, mis à disposition des médecins qui le souhaitaient, on a jamais eu ni les consommables, ni le papier qui allait avec. La personne qui devait formater le logiciel n'est jamais venu, ça fait 2 ans. Donc on a jamais pu utiliser un appareil cher qui a été financé par l'argent public. Donc ça c'est une expérience qui freine pour la suite, parce qu'on se dit : le projet au départ est toujours beau, mais dans les faits, que ça soit dans les créneaux horaires pour les mettre en place, ou les interlocuteurs que l'on a en face, et bien ce n'est pas si simple que ça et c'est tout le système qu'il faudrait réviser. Donc voilà, je sais ce que j'ai aujourd'hui, je sais sur quoi je risque de me casser les dents et j'attendrai que ça soit rodé si je veux y adhérer.

Craignez vous d'engager votre responsabilité médicale à l'utilisation de tels outils ?

Je connais mal la télémédecine peut être, mais je ne vois pas beaucoup d'application à la médecine générale, après le sujet parle plus des EHPAD. Qu'on l'utilise en mon absence, par exemple la nuit, les jours fériés, si ça facilite le système de régulation surtout qu'on est dans un endroit isolé, oui, qu'on utilise les moyens mis en place. Après qu'on me demande moi d'être l'acteur central de cet outil et que ça soit moi qui l'utilise au quotidien, en intrusion de mes consultations, dans mon rythme de vie, c'est différent. Mais si cet outil était à disposition avec du personnel formé, la nuit, c'est différent. Si on est dans cette question là, je pense que ça serait tout à fait intéressant, puisqu'elles sont non formées, seules ; et qu'elles doivent prendre des décisions difficiles. Donc si elles ont un maximum d'informations à donner à la régulation, elle fera gagner à la régulation aussi en terme de prise en charge ou de non prise en charge.

Dans quelles situations, la téléconsultation pourrait / aurait pu vous être utile dans le cadre de la continuité des soins et des soins non programmés ?

Si c'est moi qui suis appelée, j'irai sur place. Si on appelle au point d'avoir un ECG, ça passera par la régulation. Nous on nous appellera secondairement, nous ne serons pas concernés. C'est le régulateur qui gèrera les paramètres. Soit il nous enverra nous si les paramètres sont rassurants, soit il enverra le SMUR ou les pompiers si les paramètres sont alertants. Nous serons là après le choix. Donc votre télémédecine ne me concerne plus, ça sera après la prise en charge de télémédecine que j'interviendrai.

J'ai pas de frein particulier au fait que ce soit utilisé. Maintenant si c'était en journée, je sais que sur les EHPAD où j'ai des patients, c'est moi qui verrai le patient pour en juger, plutôt que de mettre en difficulté des professionnels qui ne sont pas formés pour. Et ça rassurait les familles, le patient et le professionnel paramédical. De toutes façons, l'aide soignante n'est jamais toute seule puisqu'il y a toujours une infirmière en EHPAD. C'est surtout la nuit, et on n'est plus concerné par la gestion de l'outil. On est certainement d'accord avec le fait qu'il y est l'outil, mais la gestion de l'outil ne nous concernerait pas, ça serait le régulateur qui gèrerait et seulement après nous serions appelé.

C (Médecin généraliste et coordonnateur en EHPAD)

Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ?

C'est à dire ?

Est ce que vous savez ce que c'est ? Est ce que vous en avez déjà utilisé ?

... Non... enfin c'est de la visioconférence, quoi... c'est ?

Ça va plus loin que ça en fait, il y a une camera effectivement, un otoscope, un ecg, l'infirmière peut prendre des constantes....

Du coup vous n'avez pas d'expériences, même pour la dermato.. ?

Non

Est ce que vous voyez quelque chose que pourrait vous apporter la télémédecine ?

Dans l'urgence, pour moi, non.

Je suis un médecin responsable donc j'ai un peu de formation dans l'urgence, je suis médecin militaire, donc j'ai également une formation de l'urgence dans l'armée. Donc je n'ai pas peur de l'urgence. Donc si j'ai besoin, c'est que j'ai besoin de mains, et tout ça. Enfin je veux dire un ECG dans l'urgence ça je sais faire... Je sais pas si ça m'apporterait... Si j'ai besoin de quelqu'un parce que mes compétences sont dépassées, c'est de la réa... mais du relevage, de la mise en condition ça je sais faire.

[...]

Quelles difficultés pourraient vous poser l'usage de ce matériel ?

Vous parlez en EHPAD ?

Oui ?

Non, non, ça ne posera pas de problème.

Est ce que vous craigniez d'engager votre responsabilité médicale ?

Par ce que dans la télémédecine, il faut un médecin à coté du patient ?

Non à coté du patient il n'y a pas de médecin, le médecin il est au bout.

Donc voilà ma responsabilité n'est pas engagée, c'est celui qui est au bout.

Il a les données qu'il reçoit, s'il les analyse mal c'est son problème.

Moi je suis pas intervenant dans l'histoire.

Est ce que vous pensez que ça peut être un plus pour l'EHPAD ?

Ça peut être un plus par carences, oui.

Par carences des médecins...s'il n'y a personne, c'est mieux que rien du tout..

Mais bon c'est pas la solution.

Il faudrait voir les statistiques d'appels d'EHPAD la nuit, et voir les diagnostics s'ils pourraient être pris en charge par de la télémédecine.

En fonction de tous les appels du 15, il faudrait faire une sorte d'audits

Est ce que vous pensez que ça peut permettre une meilleure communication avec le SAMU ?

Je n'ai aucun souci de communication avec le SAMU, je les connais, je les appelle sans soucis. Après ça dépend à qui vous avez à faire au SAMU [...].

Et au niveau du personnel soignant d'EHPAD, pensez vous que cela pourrait améliorer la communication avec le 15 ? Pour les ASH de nuit par exemple ?

Oui, ça peut rassurer. Après faut voir comment ça va s'utiliser.

Après je ne sais pas si les cas d'appels au 15... faudrait les recenser : par exemple, les AVC et les décompensations cardio-vasculaire...

La télémédecine dans ces cas là, je ne suis pas sûre de son utilité...

Après les médecins qui interviennent ici en EHPAD c'est rare, c'est des sutures...

Je ne pense pas que la télémédecine va révolutionner la prise en charge...

Après il faut voir les résultats de votre thèse.

D (Veilleur)

Quelles sont vos compétences et missions en EHPAD ?

Je suis auxiliaire de vie, je fais essentiellement des soins d'hygiène et de la surveillance.

Êtes vous habilité(e) à prendre des constantes? Lesquelles ?

Oui, toutes...

Avez vous des notions de secourisme/médicales ? Oui Lesquelles ? On a été à Verdun au CESU

A quels problèmes médicaux avez vous été confronté ? Quels ont été vos recours ?

Avez vous des connaissances de télémédecine?

Oui, j'ai entendu parlé de la communication entre Nancy et Verdun pour les AVC.

Seriez vous prêt à utiliser un outil de télémédecine / téléconsultation qui permettrait une communication plus précise avec un médecin ?

Oui

Qu'est ce que la télémédecine pourrait vous apporter au quotidien ?

Et bien je sais pas moi, parce qu'il faut quand même aller vite surtout en cas d'arrêt cardio-respiratoire, je sais pas comment ça se présente, s'il faut aller chercher la machine... Nous la on a un petit téléphone et on appelle le 15. Quand c'est des personnes qui sont dans leur lit, que c'est quelqu'un qui va pas bien, qui a des difficultés respiratoires ou n'importe, on redescend quand même voir tout le dossier sur l'ordinateur, donc y en a une des deux qui reste près de la personne pour la remettre en confiance et la rassurer, et l'autre appelle le médecin, lui donne les constantes, les antécédents et tout ce qu'on a remarqué. Et puis bon après ils nous disent mettez la sous oxygène, c'est souvent ça quand on appelle le SAMU, il nous dit ça : mettez la sous oxygène et on vous envoie une ambulance, les pompiers ou ceci ou cela. On est quand même obligé de redescendre, pour voir si dans le dossier, on connaît le nom de la personne on la connaît, mais bon on connaît pas forcément tous les médecins traitants et les antécédents.

Si c'est un petit téléphone, quelque chose que l'on peut toujours avoir sur nous c'est bien quoi. Si un patient se sent pas bien, on prend les constantes et si ça nous inquiète pas, on les surveille. C'est vrai que ça pourrait être bien, ça pourrait être rassurant. D'avoir quelqu'un qui nous dise faites ci ou ça. Il faut dire que nous on a une formation d'aide soignante, on ne connaît pas tous les symptômes. Après c'est vrai que ces gens là on les surveille, le lendemain on dit à l'infirmière : il y a eu ça ou ça.

Qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser la télémédecine ?

Bah disons qu'il faut quelque chose de très maniable, parce que bon, on a des résidents d'un côté ou de l'autre, nous on a pas le droit de monter dans l'ascenseur, du coup faut qu'on le mette dans l'ascenseur et qu'on aille le récupérer ; et puis il faudrait quand même que ça ne fasse pas trop de bruit et qu'on puisse y accéder facilement.

Une situation que vous avez vécue aurait-elle pu être gérée avec la télémédecine / téléconsultation ?

Des fois c'est vrai qu'on a des gens qui font des malaises vite fait et on est un peu démuni. C'est sur que là ça nous pèse. Des fois on se dit qu'est ce qu'on fait. Maintenant, d'autre part on sait que certains résidents et certaines familles ne veulent pas d'acharnement. Donc on a pas d'autres choix, on fait des soins de confort.

Après on a pas accès non plus aux médicaments, du coup si on doit en donner, on ne peut pas.

E (veilleur)

Quelles sont vos connaissances de la télémédecine, plus précisément de la téléconsultation?

Il me semble que j'en ai entendu parler quand j'avais été aux urgences, je sais pas si c'est la même chose, qui communiquait avec Nancy. J'étais avec ma belle-mère qui faisait un AVC. Et en fin de compte j'étais là quand ils en avaient parlé, ils disaient que la patiente était allongée sur la table et ils communiquaient avec Nancy par caméra pour voir s'ils voyaient plus de choses que Verdun.

Dans quel cadre ?

J'avais envoyé ma belle mère parce que bon elle faisait un AVC, et ils en avaient parlé et tout, et bon j'étais là quand ils en avaient parlé, et la patiente était allongée sur la table et ils m'ont dit on communique avec Nancy par caméra, pour eux qu'ils voient plus de choses que Verdun...
Donc c'est pour ça que ça me dit quelque chose la télémédecine.

Quelles sont vos compétences ?

Moi je suis auxiliaire de vie, je ne fais pas les constantes, les dextro et tout ça.. je fais que les soins d'hygiène... pourtant j'ai fait la formation des paramètres vitaux mais je n'ai le droit de m'en servir qu'en cas d'urgence. Si ma collègue est occupée, je peux.

Avez vous des notions de secourisme?

Oui, d'ailleurs ça m'a bien servi récemment j'ai été confrontée à un arrêt cardio respiratoire. Pendant que ma collègue faisait le DLU, c'est moi qui ait commencé les premiers gestes de secours,
...

Ca fait bizarre, par rapport à ce qui nous apprennent au CESU sur des mannequins, là il a fallu que je le fasse sur un monsieur...

Mais bon on pense à rien d'autre, on se dit, il faut qu'il soit là, il faut qu'on le fasse...j'ai commencé, je lui ai enlevé le pyjama...malgré qu'il était fort, j'ai pas pu le faire par terre, parce que j'arrivais pas à le descendre moi... puis j'ai commencé le massage cardiaque... puis quand Nadine est arrivée je lui ai dit, que je le voyais partir et que j'ai commencé le massage cardiaque, du coup elle a rappelé le 15, les pompiers étaient en route...donc ils nous ont dit de continuer...en attendant le SAMU...

Donc ça nous a servi, malheureusement le patient est parti...

Seriez vous prêt à utiliser un outil de télémédecine qui permettrait la communication plus précise avec un médecin ?

Oh oui !

Ça nous aiderait bien c'est vrai, parce que des fois quand on est au téléphone, qu'ils nous disent des choses ou quoi... et puis on est que deux....donc il faut quand même avoir un avis et voir ce que l'on peut faire, et puis voilà...

A quoi cela pourrait vous servir ?

Oui, ça pourrait nous servir parce que des fois on est un peu dansle néant... on se demande s'il faut qu'on envoie ou pas aux urgences...on ne sait pas la gravité... ma collègue en étant aide soignante, elle le sait plus que moi... mais bon moi ça me permettrait de me perfectionner justement

la dedans... au téléphone, on leur explique ce qui se passe et tout ça, l'âge du résident, les antécédents, comment il est... s'ils peuvent nous dire au téléphone pour que l'on puisse approfondir et puis sauver une vie peut être... moi je trouve que c'est pas mal !

Et du coup, dans l'autre sens, qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser cet appareil ?

Alors là je vois pas du tout...

est ce qu'il y a un contexte particulier ? Des endroits particuliers ?...

Non, parce que là les résidents sont dans leur chambres... là ce qui nous gêne c'est que c'est vrai qu'il faut qu'on redescende pour avoir le dossier médical du résident... donc on perd du temps... Et puis on peut pas descendre le patient en salle d'urgence... on a pas le temps... on est que 2... et les sonnettes continuent à sonner...on ne peut pas savoir pourquoi ils sonnent...

Est ce que vous pensez qu'une formation pourrait vous aider ?

Oui il faudrait que l'on sache comment l'utiliser, et ne pas l'utiliser pour n'importe quoi...

Vous souvenez vous d'une situation ou la télémédecine aurait pu vous aider ?

Oui, un monsieur qui avait bu de l'eau de Cologne... ça c'est difficile à gérer parce qu'on ne pouvait pas savoir la quantité qu'il avait bu... donc on nous a dit mettez le sur le coté...et puis on l'a surveillé toute la nuit...bon apparemment ça c'est bien passé.. il sentait le parfum...

Là dernièrement on eu une dame qui avait un problème respiratoire avec une sat' à 50, on appelé la régul' il nous a dit de mettre de l'oxygène, ils ont appelé les pompiers et ils l'ont emmené vite fait...

F (veilleur)

Quelles sont vos compétences et missions la nuit ?

Je suis aide soignante.

Donc ?

C'est gérer la nuit, être là en cas de problème... On surveille si ils dorment bien... On répond aux sonnettes... On fait des changes la nuit pour les gens qui ont besoin d'être changé, qui urinent. Et puis bah on pallie aux urgences, quand il y a un problème, une chute ou une décompensation respiratoire ou cardiaque.

Êtes vous habilité(e) à prendre des constantes?

Oui, enfin... oui on est tout seul donc on a pas le choix.

Pas le choix, d'accord.

Et donc vous savez prendre toutes les constantes, tension, pulsation?

Oui

Ça se passe comment ? vous avez un appareil ?

Pouls, tension,, on a un appareil et je sais la prendre en manuel,saturation,température

Et sinon c'est tout ? Pas d'ECG, pas de choses comme ça ? Non

Avez vous des notions de secourisme/médicales ? Oui Lesquelles ? AFGSU 1 et 2 il y a 2 ans

Est ce que vous avez des connaissances de la télémédecine, est ce que vous savez ce que c'est ?

Non... je sais ce que c'est parce que j'ai vu ça aux informations. Ils ont montré c'est un médecin... l'hôpital ou la maison de retraite l'appelle et ils transmettent les données en direct...

Voilà c'est un peu le but, on peut faire un peu tout et n'importe quoi, par exemple on peut vous demander de manipuler un stéthoscope sur le thorax du patient qu'écouterait le médecin...

ah il écouterait directement ...

voilà, on peut vous demander de manipuler une caméra pour des lésions cutanées, les tensions, et l'ecg qui peut être un bon outil en cas de décompensation respiratoire...

sauf que normalement l'ecg...

c'est entre autres pour ça que l'on vient discuter avec vous, l'appareil est censé être utilisé par quelqu'un qui n'a pas de formation médicale de base....

Donc vous me dites que l'ecg vous n'êtes pas censée en faire ?Non

Dans le sens médico légal ?

Dans le sens médico-légal, c'est à dire que ce n'est pas de nos compétences.
Poser les électrodes je pense que ça peut être amené à être la capacité de tout le monde.

G (veilleur)

Quelle sont vos compétences, qu'est ce que vous êtes amenée à faire la nuit ?

Alors nous, à l'époque [n'a plus fait de nuits depuis 2 ans] on donnait les médicaments, c'est à dire les dodos ; ce qu'on appelait les dodos. Et puis à l'époque on donnait les PREVISCAN, chose qu'on ne fait plus maintenant. Puis après c'était les changes de nuit. C'était la surveillance. C'était les urgences...

La surveillance ? Vous preniez des constantes ?

Ca nous arrivait oui oui

Donc tension ?

Oui c'était plus la tension, les dextros aussi quand il y avait des surveillance dextro température... tout ça

Est ce que vous avez des notions de secourisme ?

Oui, bah ce qu'on fait au CESU...

Et du coup, ça vous arrive de rencontrer des problèmes médicaux la nuit ?

Et vous faites comment dans ces cas là ?

Alors quand c'est un petit problème on appelait le médecin régulateur [médigarde] . Si c'était la grosse urgence, c'était le 15.

Est ce que vous avez des connaissances de télémédecine ?

Est ce que vous savez ce que c'est ?

...non

Est ce que vous avez déjà eu des expériences ?

Non

Alors la télémédecine, en gros, c'est un sujet très très vaste, qui est à la base un appareil qui va permettre de transmettre des informations d'un patient vers un médecin. Là dans notre contexte ça va être aidé par vous où l'infirmière, et ça peut être toutes les constantes de bases, un stéthoscope que le médecin va vous demander de déplacer sur le torse, un otoscope si on veut regarder les oreilles... et plein d'autres choses...

Est ce que vous en tant qu'ASH ça vous intéresserait de l'utiliser ?

Oui, bien sûr

Qu'est ce que vous en voyez que pourrez vous apporter ce genre d'appareil au quotidien ?

Je pense que l'on sera plus rassuré d'avoir quelqu'un en direct, et qui nous guide vraiment dans les gestes à faire... je pense que ça pourrait nous rassurer.

Est ce qu'à l'inverse vous voyez quelque chose qui pourrait être gênant, vous empêcher d'utiliser cet appareil ?

Moi personnellement non... non... si je suis bien guidée... moi jenon.

Vous pensez qu'une formation pourrait vous aider ?

Oui oui

Est ce que vous voyez des situations où un appareil de télémédecine aurait été contraignant ?

...Sur la nuit...Non...

Est ce que vous voyez des situations ou vous pensez que ça aurait pu vous aider ?

J'ai une situation, oui, sur un massage cardiaque...on l'a fait le massage cardiaque... sur une demi heure... je sais pas si on a bien fait, on a fait ce qu'on a pu à notre niveau... quand j'ai vu les pompiers arriver, je les ai vu faire le massage cardiaque... j'ai dit à ma collègue, mais qu'est ce qu'on a fait, on a rien fait... j'ai dit mais vous cassez la mamie en deux... est ce que notre massage était assez ...violent je sais pas..je sais pas... peut être qu'avec l'appareil ils auraient pu nous dire de masser plus fort... ou je sais pas... c'est vrai que j'ai un regret avec cette mamie...de me dire on l'a fait pendant une demi heure et on l'a pas ramenée... même ne serait-ce que la ramener 10 min, une demi heure le temps que le samu arrive...

c'est pour ça que je suis bien pour ces choses là...

Et il y a d'autres situations ?

...

La nuit est ce qu'il y a des moments ou vous vous dites celui là il est pas si mal, mais bon il est pas comme d'habitudes..

oui..

et dans ces cas là vous faites quoi ?

On appelle le médecin ou le 15.

Donc l'appareil là vous servirait à ...

Nous rassurer et nous guider dans nos gestes d'urgence...

Moi je pense que ça peut être utile...

Je pense que ça aurait pu nous aider dans certains cas.

H (IDE)

Est ce que ça vous dit quelque chose à vous la télémédecine ?

Non, comme ça de prime abord. Je pense que c'est le transfert d'information par ordinateur.

Oui, quelque part.

Et vous n'avez aucune expérience et n'avez jamais vu de matériel, ni quoi que ce soit d'autre ?

Non, j'ai travaillé pourtant longtemps sur Thionville, mais j'ai pas...ça fait que... jusqu'en 2010 j'étais sur l'hôpital de Thionville, et j'ai pas... non ça me dit rien.

Alors, en fait la télémédecine, c'est quelque chose qui commence effectivement seulement à se développer. Et en fait c'est, euh, maintenant il y a plein d'options possibles, c'est un outil en fait que l'on met en place qui peut être normalement mis n'importe où, qui permet à n'importe quelle personne de communiquer avec un médecin. Il y a des caméras, des appareils à ECG, des stéthoscopes... un peu tout qui permet à un médecin qui est loin de pouvoir faire une consultation. Pour l'instant on a essentiellement de la neuro. À Verdun pour la prise en charge des AVC, avec notamment le transfert d'IRM, et des consultations dermatologiques qui se développent énormément.

D'accord

Dans ce contexte là, est-ce que vous seriez prête, vous, à utiliser cet outil pour discuter avec un médecin à distance ?

Oui, oui. Pourquoi pas, ça peut être intéressant.

Est ce que là comme ça, vous avez des idées, est ce que vous voyez au quotidien à quoi pourrait vous servir la télémédecine ?

Là, on parlait de la dermatologie. Je vois, on a une résidente qui a quand même un pansement qui n'est pas très beau et on ne sait pas toujours trop comment faire. Je pense que c'est vrai que peut être avec un contact comme ça, peut être faire voir la plaie comment elle est et tout, être dirigé, voir ce qu'on peut faire, si y a un changement ou quoi. Parce que c'est vrai que là, la personne est difficilement transportable, c'est en ambulance. c'est une dame qui ne peut pas du tout expliquer si elle a mal ou comment c'est...

Qu'est ce qui pourrait vous empêcher d'utiliser la télémédecine ?

...

Quelles sont vos craintes ?

...

Qu'est ce qui vous gênerai ?

...

A distance je pense qu'il faut bien tout préparer.

Peut être l'impression de déranger peut être pour rien la personne, si on demande une consultation.

Je pense qu'il faut déjà demander à la personne quand on a des bons arguments et quand on a tout étoffer et tout... je sais pas. J'aurai peur de ne pas l'utiliser à bon escient.

Est ce qu'une formation vous permettrait d'avoir moins de craintes ?

Oui, je pense.

Et au niveau de l'usage en soi de l'appareil ?

Oui, je pense qu'il faudrait une formation pour que l'on puisse bien l'utiliser.

Enfin, il faut dire qu'à vrai dire je ne vois pas comment ça peut se présenter.

Il y a plein de formes différentes...

Est ce que vous intervenez la nuit ?

Non, enfin on travaille jusqu'à 21H, on intervient plus la nuit...

ça peut être intéressant, je pense que ça peut éviter un transport, le souci c'est qu'il n'y a pas d'infirmière la nuit, mais on est là le week-end et les jours fériés...

Vous auriez des craintes à utiliser la télémédecine ?

J'ai toujours peur de ne pas avoir bien compris les prescriptions, les posologies et tout...

Faire un acte sans prescription écrite est gênant...

Peut permettre de réduire le délai d'attente entre la demande et la réponse médicale, car des fois on appelle le médecin généraliste, il a pas toujours le temps de venir, là ça permettrait d'aller plus vite...

I (IDE)

Quelles sont vos connaissances en télémédecine ?

Bah pas grand-chose...

Pas grand-chose, vous avez une idée ou pas du tout ?

Télémédecine, moi je sais que, par exemple quand on a des cas d'AVC, par exemple dans notre site dans le coin de Verdun et aux alentours, ils peuvent aller aux urgences de Verdun et je pense qu'ils se connectent, ou alors c'est Nancy et Bar le Duc je sais plus trop, qui peuvent se connecter, par exemple entre les neurochir. pour voir si vraiment il faut transférer sur Nancy, là je connais que ça. je sais qu'ici dans le coin il y a ça par rapport aux AVC, après le reste je sais pas.

D'accord et vous n'avez jamais eu d'expérience particulière ?

Non, jamais.

Donc, effectivement la télémédecine est une communication à distance, qui peut être avec plein d'outils différents. Il y a effectivement la neurologie sur Verdun qui transfère les IRM directement en neuro à Brabois... à Brabois non c'est à Central. Et du coup c'est Central qui prend l'avis pour Verdun.

Ça peut être aussi.... enfin dans le cadre de ma thèse, ça serait du matériel que vous aurez à disposition. Vous auriez, entre autres, une camera, un ECG, un stéthoscope que vous seriez amené à déplacer sur le thorax, un otoscope...

oui comme ça le médecin pourrait à travers une visioconférence on va dire.... comme ça il se déplace pas, il pourrait faire un diagnostic sans se déplacer grâce à l'infirmière qui procède à l'auscultation.

Tout à fait, est-ce que vous, avec cette description, vous seriez prête à utiliser un appareil ?

Oh bah oui pourquoi pas.

Qu'est ce que cela pourrait vous amener au quotidien ? Quelle utilité ça aurait ?

Une rapidité, si on a tout de suite le médecin...c'est vrai que des fois le temps qu'on les appelle, le temps qu'ils viennent, des fois l'état du patient peut se dégrader. Et puis des fois, on peut avoir un diagnostic avec un médecin, on peut échanger avec le médecin...

C'est vrai que des fois, nous, en maison de retraite on est obligé, on appelle le médecin, le médecin dit de transférer, on les transfère aux urgences et puis finalement aux urgences ils ont pas eu d'examens parce que finalement en arrivant ils allaient mieux...

C'est vrai que ça pourrait éviter des transferts inutiles et puis interagir plus rapidement.

Qu'est ce qui pourrait vous empêcher à l'inverse, qu'est ce qui vous ferez peur à l'usage de tels outils ?

Bah moi c'est vrai que la technologie j'ai toujours peur que ça tombe en panne. C'est vrai ça peut arriver. La technologie on vit tous avec maintenant, hein, faut avancer avec le temps, mais c'est vrai que la technologie c'est bien, parce que ça nous permet plein de chose ; mais le jour où c'est en panne on a du mal à s'en passer, rien que les téléphones, internet, on a un peu de mal quoi. C'est vrai que si après on a l'habitude de travailler avec...

Si on saura toujours travailler à l' « ancienne »..

C'est ça c'est plus ma crainte, c'est d'utiliser tout ce matériel...

Je ne vois pas d'inconvénients au contraire je pense que ça serait plus bénéfique.

Est ce que vous pensez qu'une formation pourrait vous aider à vous en servir ?

Oui bien sûr, enfin pas une formation trop longue, pour certains appareils, oui je pense que c'est toujours bénéfique.

Voyez vous une situation que vous avez vécu ici, avec laquelle cet outil aurait pu vous aider ?

Je réfléchis....

Si par exemple, on a eu une dame qui avait beaucoup de démangeaisons, on avait fait venir le médecin, par exemple dans le secteur du bas, qui si on avait pu montrer avec la caméra peut être que....

Mais bon sinon voilà...

En fait, je cherche une situation dans laquelle la communication avec le médecin aurait pu être améliorée par un tel appareil ?

...non là je n'en vois pas.....c'est vrai qu'on n'a pas non plus de grosses situations d'urgence...
Après c'est vrai que le cabinet médical n'est pas loin...

Le travail de nuit ! C'est vrai que l'on travaille sur 3 EHPAD. Si on est appelé pour quelque chose, on se déplace. Et puis c'est vrai que, pour la nuit, on stresse plus parce qu'on a pas loin de 200 résidents à prendre en charge, bon, pas tous en même temps mais bon c'est vrai qu'on a qu'une IDE de nuit sur 3 établissements donc 200 résidents. Donc c'est vrai que quand vous travaillez dans votre établissement c'est plus simple, parce que vous connaissez mieux vos résidents ; mais quand on va sur les 2 autres EHPAD, qu'il faut sortir, intervenir, bon vous regardez vite fait le dossier pour les antécédents et tout ; et des fois vous êtes obligé d'appeler la régul' et vous savez pas si vous devez transférer ou pas. Je pense que dans ces situations interagir avec un médecin, la nuit, là je pense que ça serait bénéfique. Pour avoir un autre avis, parce que là vous êtes seul juge par rapport au comportement, aux paramètres et tout, et puis des fois on les transfert quand même pour se rassurer, on a la régul' qui nous dit bon bah c'est tout on vous envoie quelqu'un.... Et c'est vrai que si on montrait peut être la personne on aurait peut être pas besoin de transférer...

Moi je pense qu'avec les disparités dans certaines zones, interagir avec un médecin au lieu de le faire déplacer ou faire déplacer le patient, je pense que ça peut être plus bénéfique.

Oui pourquoi pas, c'est vrai qu'il faut vivre avec son temps.

Je sais que déjà ça le fait Bar Le Duc avec Nancy quand il reçoivent quelqu'un qui a un probable AVC.

C'est vrai que ça fait gagner du temps pour la personne .

J (IDE)

Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ?

C'est vrai qu'en télémédecine j'ai pas vraiment de connaissance. Pour moi c'est, par exemple, on a un problème en maison de retraite on va vous appeler et on va essayer de gérer les choses à distance et voir ensemble ce qui se passe.

Donc vous n'avez aucune expérience ?

Non

Donc la télémédecine, en gros, met à disposition des outils qui seraient en place en EHPAD, avec entres autres, effectivement la communication orale avec un médecin, une caméra, il peut y avoir un stéthoscope que vous seriez amenée ,vous, à déplacer sur le thorax du patient pour que le médecin entende, euh un ECG pour communiquer un ECG, euh un otoscope par exemple et plein de choses comme ça....qui peuvent être mis en place ou pas... Par contre c'est toujours un médecin qui reçoit les informations et qui vous demande de bouger le stéthoscope par exemple...

Est ce que vous seriez prête à utiliser un outil de ce type ?

Oui, pourquoi pas.

Est ce que vous voyez que ça peut vous apporter quelque chose dans votre quotidien ?

Bah oui...

Est ce que, en en parlant, vous auriez des appréhensions ?

Non pas spécialement, parce qu'au bout du fil on aura quand même le médecin qui sera là pour nous guider...

Est ce qu'une formation pourrait vous être utile ?

Peut être, peut être...

Est ce que vous voyez une situation plus ou moins récente ou vous auriez aimé avoir cet appareil là?

Euh...Après on peut dire par le biais d'une caméra plutôt en cas de chute, c'est vrai que c'est pas toujours évident pour nous de savoir, de juger la chute si il y a besoin ou non que la personne soit transférée aux urgences ou pas...

En cas de chute vous appelez le médecin ? Vous appelez qui ?

Généralement on prévient quand même le médecin traitant, après si ça va plus loin ou la nuit, on appelle quand même médigarde pour un avis.

Et vous pensez que cet appareil là pourrai... ?

Moi je pense que le médecin voit quand même la personne...

Vous pensez que ça changerait quelques chose par rapport à ?

...

la gravité de la situation ?

Savoir si on transfère ou non .

OK

Et du coup là en y repensant est ce que quelque chose pourrait vous empêcher de l'utiliser, est ce que vous auriez des craintes à l'utiliser ?

...il se présente comment l'appareil ?

Il y a des modèles tellement différents ça peut être quelque chose de très basique telle une valisette, ça peut être quelque chose qui se transporte comme un chariot d'urgence...

Je sais pas... je pense qu'il faudrait l'essayer !

[rires]

C'est pas faux !

K (IDE)

Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ?

Les représentations que j'en ai...parce que bon moi j'ai pas du tout de connaissances en la matière. Donc oui pour moi la télémédecine c'est avoir une liaison avec un médecin situé à un autre endroit que l'établissement ou l'on se trouve.

Peut être qu'il puisse avoir un accès au dossier du résident par l'informatique, et puis ...oui... être guidé par ce médecin.

Donc vous n'avez aucune expérience ?

Non, du tout.

D'accord. Alors, en gros, la télémédecine c'est effectivement ça, avec un support, en fait, qui permettrait de visionner, il y a aurait un camera par exemple, il aurait un ecg qui serait directement transmis au médecin à distance, il peut y avoir un stéthoscope qu'on vous expliquerait où placer pour que le médecin puisse expliquer, il peut y avoir un otoscope aussi....voilà... des petites options dans tous les sens qui permettraient au médecin de vous poser des questions et d'avoir quasiment un examen à distance...

D'accord.

Est ce que vous comme ça, en vous expliquant ça, ça vous intéresserait, est ce que vous seriez prête à utiliser un appareil comme ça ?

Oui oui oui

Sans soucis ? Oui

Est ce que vous voyez, je sais bien que vous ne connaissez pas, mais au quotidien quelque chose que ça pourrait vous apporter, à quel moment dans votre journée, dans votre tournée et surtout la nuit, ..ou même pas la nuit... vous voyez que ça pourrait vous être utile ?

Bah quand on est confronté à des problèmes de santé d'un résident qu'on arrive pas trop à évaluer...comment... réussir à évaluer la gravité de la situation quoi.

Parce que bon des fois on appelle... c'est pas tout le temps nécessaire de faire hospitaliser la personne. Ça pourrait éviter peut être de faire partir la personne, alors que ça peut être attendre le lendemain matin avec un avis médical certain.

Et du coup, à l'inverse est ce que vous voyez quelque chose qui pourrait vous en empêcher, que ça soit dans la technique, dans l'éthique, dans le contexte ?

Bah après, là moi où ça me pose questionnement quand même, c'est est ce qu'après les médecins se déplaceraient, ou les résidents auraient autant accès à un médecin que ce qu'il en est actuellement. Peut être que ça remplace pas complètement la venue du médecin

Et d'autres craintes à vous l'utiliser ? Imaginez vous avez l'appareil et vous devez l'utiliser ?

Bah la crainte de pas bien se servir de l'appareil, et du coup de fausser peut être les résultats...

Et du coup est ce que vous voyez une situation qui vous a vraiment prise au dépourvu et que vous voyez que cet appareil aurait pu apporter quelque chose ?

.... non... après moi pour la petite histoire je suis infirmière depuis le mois de juillet seulement [7 mois] hein donc j'ai une petite expérience quand même, bon j'ai déjà été confrontée déjà à des soucis avec des résidents voilà, je suis repartie chez moi j'étais pas sereine parce que bon voilà je pensais que vu les résultats, les constantes étaient bonnes et tout donc je suis repartie quand

même ; mais bon c'est vrai que si j'avais eu l'avis d'un médecin pouvant utiliser tout ce matériel là et me disant c'est bon il peut passer la nuit, ça m'aurait bien aidée. Mais bon il n'y a pas encore de cas qui se sont encore confrontés à moi...

Et du coup, au niveau de la nuit et des week end quand il n'y a pas de médecin traitant, vous appelez le 15 ?

oui médigarde oui

Et du coup, est ce que vous pensez qu'avec l'appareil là, ça serait plus simple de communiquer avec eux ?

Oui quand même, parce que nous on retransmets ce que l'on voit, ce qu'on entend, après on a pas du tout l'oeil et l'oreille du médecin...

L (médecin coordonnateur)

Est ce que vous avez des connaissances [à propos de la télémédecine] ?

Oui, je sais ce que c'est, je n'ai aucune expérience...

Comment vous la définiriez ?

Je pense que ça peut être très intéressant pour les équipes de nuit... si les gens des urgences jouent le jeu...

C'est à dire ?

Qu'ils répondent en temps, ou au moins rapidement... si elles ont le stress pendant une demi heure parce qu'il n'y a pas de réponse...je ne vois pas l'intérêt.

Mon rôle c'est aussi une fois de temps en temps de passer de nuit. A une occasion, où un malade était agité on nous a renvoyé des urgences un agité, soit disant calmé, en fait pas calmé.. un mec de 70 ans, pas un grand-père....Je suis descendu la nuit pour le calmer... Et donc en attendant qu'il se calme, j'ai fait le tour avec les veilleuses... et je trouve qu'elles tiennent la route... et pourtant des bonnes femmes de 45kg...elles déménagent... je pense que quand elles font des nuits, elles veulent bien prendre des responsabilités...et pourtant ils leur faudrait un cadre [médical] ce que permettrait la télémédecine.

Ça peut être un peu plus intéressant que le téléphone...

Qu'est ce que ça peut leur apporter de plus ?

Quand je ne suis pas là, ça peut leur apporter une sécurité... Et puis ... ça peut leur donner un plus dans leur métier...savoir pourquoi elles font ça... ça peut les valoriser...

Est ce que vous voyez des difficultés ?

Non

Imaginons que vous pourriez vous être appelé avec ce matériel là ? Est ce que vous voyez des difficultés ?

Non, moi ça ne me gêne pas, en plus elles savent qu'elles peuvent m'appeler, et puis il y a 5 médecins traitants sur le village donc ils ont toujours une réponse médicale de jour...

Est ce que vous voyez des situations où vous verriez une utilité ?

En dermato ça peut être intéressant... En ophtalmologie, une fois j'ai eu un glaucome aigu...
En cardio...ah bah non faut écouter...

Et si, il existe des chariots de télémédecine avec stéthoscope et ECG.

Ah, ça pourrait être intéressant...

Nous on est à 12 min des urgences... donc ça va...mais il y a des territoires en Meuse à plus de 30 min des urgences...

Donc moi ça ne me gênerait pas.

Est ce que vous pensez que ça pourrait améliorer la communication avec le SAMU ?

Oui,je pense. Oui oui oui...

Est ce que des difficultés pourraient se présenter ?

A part des difficultés techniques, je ne vois pas non...

maintenant je pense que tout le monde pourrait se servir de ça...

Mais bon on remplacera jamais totalement la présence humaine...

Mais bon on a pas formé assez de médecin...et puis les modes de vie ont changé, souvent au bout de 10 ans de médecine on a fondé une famille, donc il faut implanter toute une famille en campagne. Après je me dis : est ce qu'il y a besoin d'être médecin à partir du moment qu'on sait prendre des constantes et se servir d'un appareil de télé-médecine... le renouvellement de traitement ce n'est pas forcément le plus marrant pour les médecins traitants...

M (IDE)

Quelles sont vos connaissances de la télémédecine ?

Alors ce que je peux vous dire c'est que nous sommes nous engagés dans un projet de télémédecine téléconsultations, télé-expertise, la deuxième possibilité, mais aussi dans un projet de pouvoir utiliser des objets connectés, ou de pouvoir réaliser des examens avec des objets connectés qui sont très peu intrusifs par rapport aux résidents.

Où est en le projet ?

Le projet télémédecine, téléconsultation, télé-expertise commence à prendre forme. L'audit technique a été fait puisque les 3 établissements sont en expérimentation sur ce sujet. On part sur plaies et cicatrifications, la diabétologie, la pneumologie, le suivi des démences, la douleur et les soins palliatifs, voilà, principalement. Mais il y aura aussi ce que l'on appelle le premier recours, c'est à dire le médecin traitant, s'il ne peut pas se déplacer parce qu'il est occupé, on pourra mettre en place une téléconsultation premier recours.

Et avec le 15, j'ai un autre projet dans le cadre dispositif infirmier de nuit, mais dont, à ce jour, je n'ai pas d'information.

Sinon, il y a un autre projet dit « emeuse », c'est un projet qui a été retoqué l'année dernière par la caisse des dépôts et consignations, il est relancé cette année pour être affiné, c'est ce qui avait été demandé par la caisse des dépôts et conciliations, et donc nous participons aux différents groupes de travail qui vont commencer à se réunir à partir du mois de mars, et donc l'idée est donc de réfléchir dans les groupes de travail comment ça peut se passer précisément par exemple rapport aux problèmes cardiaques, aux problèmes rénaux....et à d'autres types d'intervention.

Et donc nous allons travailler aussi avec la société AVALUN qui est située à Grenoble, qui est en lien avec le CEA de Grenoble ; qui va participer avec tous les EHPAD du nord meusien, Sommeville, Etain, Stenay, Daim, Varenne [en Argonne], Montfaucon, Clermont [en Argonne] , nous allons mettre en place une expérimentation pour pouvoir prélever les INR, avec juste une goutte de sang, vous savez comme pour les dextros.

Et ce projet doit être redéposé à la caisse des dépôts et au niveau du gouvernement avant la fin de l'année [2018], pour éventuellement d'autres opérations, il y a des aspects respiratoires, cardiaques et rénaux.

Voilà donc en fait j'ai trois projets qui sont en cours en même temps : un dont je n'ai pas de nouvelles, un qui avance très vite sur la téléconsultation, la télémédecine d'expertise et puis sur le premier recours et le troisième sur le SAMU dont je n'ai pas de nouvelles.

Pour vous quels sont les avantages d'utiliser le télémédecine au quotidien ?

Pour le résident, probablement un gain en terme de qualité de vie ne serait-ce que parce que, ne plus avoir besoin de déplacer systématiquement des personnes, juste pour faire un aller-retour. Je vais prendre par exemple plaies et cicatrisation, notre référent pour les 3 établissements est le Docteur B. [dermatologue]. Souvent les résidents sont complètement perturbés à l'idée de faire la route, d'aller là-bas, alors qu'en fin de compte je pense que par la téléconsultation on pourra, ou la télé-expertise, on pourra avoir juste des consultations que je qualifierai d'essentielles, ou il faudra que le résident se rende. Autrement si c'est juste pour regarder la plaie, voir comment elle est, éventuellement modifier le protocole, mais ça n'est même pas systématique, je pense que c'est du temps perdu pour tout le monde, ça coûte à la sécurité sociale et à nos établissements et qui plus est c'est hyper stressant pour la personne en elle-même. Donc ça c'est un avantage pour le résident, moins de difficultés...

Pour les équipes, j'y vois peut être la possibilité d'un gain de temps, mais c'est à vérifier, ne serait-ce que par rapport au premier recours parce que nous avons très peu de médecins traitants qui

interviennent dans nos établissements, ils sont toujours surbookés, ils n'ont jamais le temps, ils viennent à n'importe quelle heure de la journée y compris pendant l'heure de repas des résidents ce qui fait, que si la personne a commencé à manger, et bien le médecin va vouloir la voir et elle ne terminera pas son repas. Et ça intervient en termes d'organisation. Ça bouleverse complètement l'organisation des équipes infirmières, ce qui fait que si en premier recours on pourra déjà caler des choses avec les médecins traitants ça serait intéressant. Et puis aussi, par rapport à tout le temps gagné peut être pour la prise de rendez vous, ou pour le rappel systématique, pour joindre les ambulanciers, pour organiser les transferts. Donc peut être, un gain en terme de temps pour le personnel infirmier.

A l'inverse, c'est quoi les craintes ? Quels sont les freins ?

Les freins, c'est la technique. Donc j'ai un site sur les 3 : Montfaucon qui est peu connecté au réseau, qui a une bande passante très basse donc de fait, c'est compliqué pour nous d'envisager ce type de téléconsultation ou de télé-expertise. Pour pouvoir le faire il va falloir que j'investisse dans des bornes wifi complémentaires et à cette heure ci très simplement je n'ai pas le budget.

Le deuxième frein, c'est la résistance au changement des équipes infirmières qui pour l'instant autant les cadres de santé sont partants, que les médecins coordonnateurs aussi, parce que je pense que tout le monde a commencé à comprendre l'intérêt. Pour les équipes infirmière ça reste : « mais on aura pas le temps ! » ; « A quel moment nous allons pouvoir le faire ? » ; « Est ce qu'il y aura des créneaux horaires déterminés ou pas ? » ; « Qui va être la personne qui va rester avec le résident ? » ; « Dans quelle pièce ? Est ce que ce sera dans sa chambre ? »... Après pour le reste, elles sont partantes il n'y a pas de soucis, surtout qu'elles voient bien qu'elles ont à gérer parfois des situations compliquées ; quand il faut envoyer parfois en consultation extérieur des résidents qui ne veulent pas y aller du tout. Elles y voient aussi l'intérêt peut-être d'une réponse plus rapide. Parce qu'elles savent qu'à un certain moment elles sont coincées par le fait d'attendre le spécialiste et son avis, voire le médecin traitant... mais c'est surtout pour le spécialiste, elles sont persuadées que là ce sera gagnant pour elles. Plus de fluidité, dans la gestion, tous les jours, des problématiques des résidents.

Par contre l'aspect technique et l'aspect ... alors à Clermont par exemple où j'ai 8 infirmières pour 100 résidents, je n'ai pas du tout les même questions qu'à Montfaucon et Varennes où j'ai 4 et demi [infirmières] pour 117 résidents sur 2 sites.

Ça se comprend tout à fait.

Par contre ce qui est très bien, c'est que nous avons installé l'année dernière un logiciel de soins, nous utilisons des tablettes, donc le matériel est adéquat, nous aurons juste à installer une webcam supplémentaire par tablette et peut être un micro son, parce qu'on se demande si les personnes âgées vont pouvoir entendre ce que dit le médecin par l'intermédiaire de la tablette. Mais on est déjà outillés, on est déjà équipés, ce qui nous manque vraiment c'est que moi l'année dernière j'avais limité les bornes wifi à cause du coût ; ce qui nous manque vraiment maintenant c'est un équipement plus important en bornes wifi.

Votre système reste sur des tablettes, il n'y a pas de stéthoscope.. ?

Non, du tout. Nous souhaiterions des stéthoscopes connectés, nous espérons en avoir, mais pour l'instant nous commençons avec la tablette.

Il existe des systèmes de cabine que l'on pourra installer dans la salle de soins avec plus de matériel... après cela nécessiterai que 2 personnes amène le patient...

oui et puis si ce sont des plaies infectées, dans la salle de soins, qui est aussi la salle de pharmacie etc. c'est un peu compliqué pour l'instant.

VU

NANCY, le **26 février 2019**

Le Président de Thèse

NANCY, le **1^{er} mars 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10625

NANCY, le **4 mars 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE:

Introduction : La télémédecine, en pleine extension, dans un contexte d'autorisation et d'instauration de cotation par la sécurité sociale, est un nouvel outil de téléconsultation. Elle propose une aide à la communication entre résident d'Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et médecin. Elle pourrait être utilisée dans le cadre de soins non programmés. L'objectif de cette étude est de recueillir les ressentis des personnels d'EHPAD à l'usage de cette nouvelle technologie et de préparer un protocole de mise en place afin de mener au mieux ce projet.

Matériels et Méthodes : Treize entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés de mars 2016 à juillet 2016 auprès des personnels d'EHPAD susceptibles d'utiliser cette technologie à l'avenir

Résultats : Les médecins se sont montrés partagés, appréhendant une inutilité et une surcharge de travail. Les IDE accueillent plus facilement cet outil, en espèrent un soutien et une simplification des tâches administratives et prescription médicales à distance. Les aides soignants et auxiliaires de vie se sentent souvent démunies et peu efficaces dans les situations d'urgence, ils décrivent également leur difficulté à relater l'urgence ressentie ; ils mettent beaucoup d'espoir quant à la simplification de la prise en charge des urgences médicales et la guidance ainsi que la réassurance quant à leur gestion. Les autres freins relevés sont essentiellement liés à la technique et la lourdeur de mise en place et de promotion d'un tel projet de soins.

Discussion : Les actes de télémédecine se multiplient de manière exponentielle depuis quelques années. Cependant leur usage paraît encore obscur aux non initiés donnant des avis partagés et peu argumentés. L'initiation et la formation sont des éléments indispensables à son développement.

TITRE EN ANGLAIS :

Nursing home staff's feelings regarding telemedicine in emergencies.

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2019

Mots clé MeSH : EHPAD, urgences, télémédecine, téléconsultation

Keywords : nursing home, emergencies, telemedicine, remote consultation.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
