

Téléconsultation en EHPAD : point de vue des médecins traitants.

Isabelle Dumont

Isabelle Hazard

Stéphanie Rabouille

Bernard Montagnon

**Diplôme Inter Universitaire de Médecin Coordonnateur
d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
Dépendantes (MC)**

**Diplôme Universitaire d'Infirmière Référente et Coordinatrice en
EHPAD et en SSIAD (IRCO)**

Année 2022

Directeurs de mémoire : Serge Reingewirtz

Clément Cormi

REMERCIEMENTS

Nous voudrions dans un premier temps remercier nos directeurs de mémoire

- Monsieur le Docteur Serge Reingewirtz, gériatre, directeur du DIU de MedCo et du DU d'IRCO à l'Université de Paris Descartes
- Monsieur Clément Cormi, Doctorant en informatique, Université de Technologie de Troyes

Nous les remercions en particulier pour leur disponibilité, l'accompagnement qu'ils nous ont proposé et leurs conseils.

Nous remercions également toute l'équipe pédagogique du DIU de MedCo et DU d'IRCO à l'Université de Paris Descartes et les intervenants professionnels de la formation pour la qualité de leurs enseignements.

Nous remercions tous les médecins qui ont eu la gentillesse de contribuer à notre étude par la richesse de leurs interventions.

Enfin, merci à nos proches, nos chats, qui nous ont soutenu durant cette année universitaire.

SOMMAIRE

Liste des abréviations	p 4
Résumé	p 5
Abstract	p 6
1/ INTRODUCTION	p 7
A. Téléconsultation, sujet d'actualité : définitions, historique et textes de loi	p 7
B. Téléconsultation en EHPAD : avantages et freins	p 10
C. Médecin généraliste en EHPAD	p 11
2/ METHODE	p 12
A. Etude qualitative	p 12
B. Choix de l'échantillon	p 12
C. Description du questionnaire	p 13
D. Recueil et traitement des données	p 13
3/ RESULTATS	p 13
A. Mode de communication entre EHPAD et médecin traitant	p 14
B. Liens avec l'équipe soignante	p 18
C. Téléconsultation : indications et freins	p 20
D. Leviers à la mise en place de la téléconsultation	p 24
E. Le temps	p 27
4/ DISCUSSION	p 30
A. Téléconsultations : aspects négatifs	p 30
a. Transformation des pratiques professionnelles et de la relation médecin-patient	p 30
b. Problèmes RH	p 31
c. Problèmes techniques	p 32

d. Méconnaissance de la télémédecine p 33

B. Téléconsultations : aspects positifs p 34

a. Liens MT/EHPAD p 34

b. Confort du résident p 35

c. Libérer du temps pour les MG p 35

C. Critiques de l'étude p 36

5/ CONCLUSION p 37

Bibliographie p 40

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien p 43

Annexe 2 : Tableau de résultats p 45

Annexe 3 : Expérimentation TokTokDoc p 53

Annexe 4 : Arrêté ARS p 56

Annexe 5 : Dispositif Asalée p 58

Annexe 6 : Infirmière de Pratique Avancée p 60

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ASALEE	Action de SANTé Libérale En Équipe
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DMP	Dossier Médical Personnalisé
DPC	Développement Professionnel Continu
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante
EITS	European Institute of Telesurgery
EPHE	Ecole Pratique des Hautes Etudes
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
IPA	Infirmière en Pratique Avancée
IRCAD	Institut de Recherche contre les Cancer de l'Appareil Digestif
IRCO	Infirmière Référente Coordinatrice
MT / MG	Médecin Traitant / Médecin Généraliste
MCo	Médecin Coordonnateur
SAMU	Services d'Aide Médicale Urgente
TLE	Téléexpertise
TLC	Téléconsultation
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Résumé

Contexte : Avec le vieillissement de la population, l'état de dépendance des résidents d'EHPAD tend à se majorer. Parallèlement, la démographie médicale ne permet plus de répondre aux besoins. La téléconsultation, plébiscitée depuis quelques années pour faire face aux difficultés d'accès aux soins, a connu un essor important avec l'épidémie Covid-19.

Objectif : Cette étude vise à déterminer les facteurs facilitant ou limitant l'accès à la téléconsultation en EHPAD du point de vue des médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

Méthode : Une étude qualitative par entretien semi-dirigés a été effectuée auprès de médecins ayant au moins un patient suivi en EHPAD. Puis une analyse thématique a permis de mettre en évidence les aspects négatifs et positifs d'une téléconsultation en EHPAD.

Résultats : 11 médecins ont été interviewés en entretien individuel. Les facteurs limitant la mise en place de la téléconsultation sont d'ordre humain : pour les médecins il s'agit d'un sentiment de perte de qualité de l'examen clinique et du lien médecin-patient. Au sein de l'EHPAD, l'enquête a fait ressortir la pénurie chronique de soignants. Le manque de temps, quant à lui, concerne l'ensemble des professionnels qui voient dans la téléconsultation un moyen d'y remédier. Un besoin de formation est également ressenti comme nécessaire. Concernant les facteurs facilitants, la relation de confiance entre médecin et soignants est au premier plan.

Conclusion : Ce travail a mis en évidence les limites actuelles de la téléconsultation dans les EHPAD, mais aussi les facteurs qui pourraient la faciliter. Des solutions existent, notamment en développant des collaborations médecin-infirmier.

Abstract

Background: As the population is ageing, nursing home residents tend to become more and more dependent. Simultaneously, the medical staff shortage can't meet all the needs anymore. Teleconsultation, which has been regarded for some years as a way to face difficulties to access to medical care, has been on the rise since the Covid-19 outbreak.

Aim: this study aims at defining, from the general practitioners' point of view, the factors which limit or facilitate the access to teleconsultation in nursing homes for patients follow-up.

Method: first of all, we have conducted a qualitative analysis based on semi-directive interview with doctors who take care of one patient at least in nursing homes. Then, a thematic analysis has enabled us to put forward the inconveniences and advantages of teleconsultation in nursing homes.

Results: 11 doctors have been individually interviewed. The factors which are restricting the implementation of teleconsultation have to be regarded in human terms: according to the doctors, teleconsultation has a negative impact on the quality of the clinical examination and on the relationship between patient and doctor. The investigation has highlighted the chronic lack of caregivers in nursing homes. As for the lack of time, it affects all the professionals who see teleconsultation as a way to solve this problem. They also feel the need to be better trained. As regards to contributing factors mutual trust between doctors and caregivers is at the forefront.

Conclusion: This study has emphasized not only the current limits of teleconsultation in nursing homes, but also the factors which could help implement it. There are solutions, notably if we develop collaborations between doctors and nurses.

1/ INTRODUCTION :

Depuis l'épisode de la Covid-19, la télémédecine et plus particulièrement la téléconsultation (TLC) sont devenues des sujets d'actualité notamment dans les EHPAD. Cependant la mise en place de la TLC progresse lentement alors qu'elle pourrait être une solution, au moins partielle, pour faire face à la désertification médicale des territoires.

A. Téléconsultation un sujet d'actualité : définitions, historique et législation

La loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) de 2009 définit la télémédecine et le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 la réglemente en définissant 5 actes (1,2) :

- La téléexpertise (TLE) permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres confrères par le numérique. La question posée et la réponse apportée n'interviennent pas forcément de manière simultanée.
- La télésurveillance est un type de prise en charge à distance du patient permettant à un professionnel médical d'interpréter des données recueillies sur le lieu de vie du patient grâce à l'utilisation d'un dispositif médical numérique.
- La téléassistance permet à un professionnel médical d'assister à distance un confrère dans la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale réalisée par les SAMU-centres 15 permet d'apporter à distance une réponse médicale et d'orienter le patient dans son parcours de soins.
- La téléconsultation qui permet à un patient de consulter à distance son médecin (généraliste ou spécialiste) par l'utilisation des technologies de l'information et de

la communication. Le professionnel peut évaluer l'état de santé de son patient et définir la conduite à tenir ensuite.

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise ses modalités de mise en œuvre (3) :
“c'est une consultation à distance entre un professionnel médical (un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste) et son patient via l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Il est recommandé par l'HAS que les téléconsultations soient réalisées par la vidéo transmission (l'utilisation de la vidéo transmission est un élément obligatoire à sa prise en charge par la sécurité sociale). Lors de la téléconsultation, le patient peut être assisté d'un professionnel de santé (pharmacien ou infirmier par exemple dont l'accompagnement est remboursé par l'assurance maladie) ou par un proche qu'il aura désigné.”

Même si, selon les écrits de Joël Coste, directeur d'études d'histoire de la médecine à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes (EPHE), Sénèque a fait référence à des consultations médicales épistolaires dans une de ses lettres à Lucilius au premier siècle de notre ère, en France il faudra attendre l'instruction interministérielle du 29 avril 1983 pour qu'un service permanent de consultations et d'assistance télé médicale soit mis en place sur les navires (4,5).

Le 7 septembre 2001, ce sont les équipes de l'Institut de Recherche Contre les cancers de l'Appareil Digestif (IRCAD), fondé par le professeur Jacques Marescaux en 1994 et l'European Institute of Telesurgery (EITS) qui réalisent une cholécystectomie à distance depuis New York sur un patient à Strasbourg (6).

En 2013, le législateur envisage un remboursement de la TLC à titre expérimental dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Le 15 septembre 2018 la modification de l'avenant 6 à la convention médicale permet d'acter son remboursement au même titre que la TLE (7).

Désormais, une TLC est remboursée au même titre qu'une consultation en présentiel. Chaque patient peut en bénéficier en respectant le parcours de soins coordonné et doit être orienté au préalable par le médecin généraliste (MG) pour consulter le spécialiste (sauf quelques exceptions). Le médecin consulté doit se trouver à proximité afin de faciliter le suivi du patient. La TLC doit être réalisée en alternance avec des visites en présentiel (au moins une tous les ans) et réalisée par vidéotransmission au moyen d'une solution technique garantissant la sécurité des données du patient (8).

Toutefois, le caractère exceptionnel de l'épidémie de COVID-19 a provoqué un assouplissement de ces conditions entre le 4 avril 2020 et le 2 juin 2021 en permettant l'usage du téléphone pour des consultations (décret n° 2020-227 du 9 mars 2020) (9).

Concernant, le financement de la TLC, un article de presse du 22 juillet 2021 dévoile sa répartition soit deux milliards d'euros d'investissement, distribués comme suit : un milliard quatre cents millions d'euros pour le partage des données de santé (sur 3 ans) et six cents millions dédiés au secteur médico-social (sur 5 ans). Ce financement permettra, entre autres, aux EHPAD de s'équiper de matériel informatique et de prévoir des formations (10).

De plus, à compter du 1^{er} avril 2022, l'article 2-1 de l'avenant 9 à la convention médicale apporte quelques précisions concernant les champs d'application de la téléconsultation et procède ainsi à des aménagements structurants en visant quatre objectifs (11) :

- Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaires ;
- Mettre en place une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés ;
- Consolider le parcours de soins, en soutenant notamment les spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la téléconsultation et la téléexpertise

- Accompagner le virage numérique de la médecine de ville.

En effet, même si le nombre de TLC a augmenté pendant la Covid-19 pour les particuliers, cela n'a pas été le cas pour les EHPAD (12).

B. Téléconsultations en EHPAD : avantages et freins

Aujourd'hui, les EHPAD accueillent des personnes âgées de plus en plus dépendantes présentant des poly-pathologies avec des prises en charge complexes. Avec ses nombreux avantages présentés dans la littérature, la TLC pourrait être une solution pour favoriser l'accès aux soins dans les meilleures conditions. En effet, elle permet d'améliorer la qualité de vie des résidents en bénéficiant d'une consultation dans leur lieu de vie, accompagnés d'un soignant de l'EHPAD. Le parcours de soins peut être ainsi optimisé (13). La qualité des TLC permet des prises en charges adaptées aux comorbidités et au contexte gériatrique (14). Ainsi de nombreuses hospitalisations et le recours aux urgences sont évités (15–17).

En outre la TLC valorise et améliore les compétences des équipes soignantes grâce aux échanges avec les spécialistes requis (18,19). Elle favorise une prise en charge pluridisciplinaire permettant une meilleure connaissance des pathologies des résidents ainsi que la mise en place de protocoles de soins ou d'accompagnement (19)

Néanmoins des freins existent au déploiement de la TLC en EHPAD. En premier lieu, les difficultés techniques ne facilitent pas l'adhésion des utilisateurs (20). De plus, les problèmes chroniques de ressources humaines au sein des EHPAD mettent en cause l'organisation d'un projet de télémédecine pérenne. De nombreux praticiens sont

réticents face à cette nouvelle pratique médicale qui modifie la façon d'appréhender l'examen clinique et la relation médecin-malade (21,22).

C. Médecin généraliste en EHPAD

Les médecins traitants sont en difficulté pour suivre leurs patients. En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de soins dans leur zone d'exercice est insuffisante et 8 médecins sur 10 ont des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients (23). La population âgée augmente : selon les chiffres de l'INSEE au 1^{er} janvier 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent plus de 20% de la population française et les plus de 75 ans, près de 10%. En 2040, elle devrait atteindre 15% (24). En raison du vieillissement de la population, les besoins de soins devraient augmenter plus vite que le nombre d'habitants. D'un autre côté, la démographie médicale et les projections envisagées ne sont pas très optimistes. En effet, si le nombre de médecins est relativement stable ces dernières années avec une hausse prévue à partir de 2025, la profession se féminise et l'exercice en libéral exclusif baisse au profit d'une activité salariée ou mixte. Le nombre de départs en retraite des MG n'est pas compensé. On constate aussi une aggravation des déséquilibres territoriaux. On devrait donc assister à une baisse de l'offre de soins dans les prochaines années (25,26). Il apparaît donc urgent de trouver des solutions pour le suivi des patients et plus particulièrement pour les résidents en EHPAD. Le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 modifie les missions du médecin coordonnateur en élargissant son pouvoir de prescriptions (27) :

« 13° Il peut intervenir pour tout acte, incluant l'acte de prescription médicamenteuse, lorsque le médecin traitant ou désigné par le patient ou son remplaçant n'est pas en

mesure d'assurer une consultation par intervention dans l'établissement, conseil téléphonique ou téléprescription. »

Ce décret dispose aussi dans la 11^o mission qu'il « *Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine* ».

Quel modèle inventer pour aider les médecins généralistes à poursuivre le suivi de leur patients en EHPAD ? Au vu de toutes ces données, il nous est apparu logique d'imaginer que la TLC pourrait être une aide précieuse pour soulager le travail des médecins traitants. Nous allons solliciter leur avis pour vérifier cette hypothèse.

2/ MÉTHODE :

A. Etude qualitative

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes intervenant en EHPAD. En effet, cette approche est particulièrement utile pour explorer des champs de recherche nouveaux sur lesquels peu de données sont disponibles, et pour permettre de recueillir les représentations des participants

B. Choix de l'échantillon

Nous avons utilisé un échantillonnage de convenance qui nous a permis d'interroger les personnes les plus à même d'apporter un éclairage quant à notre question de recherche.

Le seul critère de sélection retenu a été d'avoir au moins un patient suivi en EHPAD.

C. Description du questionnaire

Le guide d'entretien comprend 3 parties :

1. Les pratiques actuelles du MG en EHPAD : organisation, liens avec l'équipe soignante, perspectives d'amélioration.
2. La TLC en général : point de vue et expérience
3. La TLC en EHPAD : indications, réalisation, perspectives d'évolution.

Le guide d'entretien complet figure à l'annexe n°1

D. Recueil et traitement des données

Les médecins interrogés ont été sollicités soit par téléphone, soit directement rencontrés au sein de l'EHPAD où ils viennent consulter leurs patients. Un entretien semi-directif a été proposé soit au sein de leur cabinet, soit au sein de l'EHPAD, soit par téléphone.

L'analyse des données a été réalisée par analyse thématique dont le but est d'identifier et de catégoriser des thèmes qui reviennent de manière croisée entre les différents entretiens. Pour cette étape, nous avons effectué plusieurs lectures de chaque entretien et avons choisi les thèmes de manière collégiale.

3/ RÉSULTATS :

Onze médecins ont été interrogés. Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes et ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. A la lecture de ces données, plusieurs thèmes ont été dégagés.

Tableau des caractéristiques des MT :

Identifiant	Sexe	Age	Nombre de patients suivis en EHPAD	Département d'exercice
MG 1	homme	31-40	1-10	Lot
MG 2	homme	>60	21-30	Lot
MG 3	homme	>60	<5	Nord
MG 4	homme	>60	1-10	Morbihan
MG 5	homme	51-60	11-20	Morbihan
MG 6	homme	31-40	11-20	Morbihan
MG 7	homme	51-60	1-10	Haut-Rhin
MG 8	femme	51-60	1-10	Haut-Rhin
MG 9	homme	>60	11-20	Haut-Rhin
MG 10	femme	41-50	<5	Loir-et-Cher
MG 11	femme	41-50	1-10	Loir-et-Cher

A. Modes de communication entre EHPAD et médecins traitants

Le téléphone :

C'est le moyen couramment utilisé pour échanger entre le MT et l'équipe de soins de l'EHPAD :

« Les infirmières nous téléphonent très facilement » (MG 9).

Les infirmières transmettent des données cliniques dont la qualité et la pertinence sont primordiales pour permettre au médecin d'évaluer la situation du résident :

« Soit la description de la situation permet de prévoir une ordonnance, une conduite à tenir, on met en place et puis on réévalue téléphoniquement soit la situation est telle qu'elle nécessite une visite » (MG 1).

Le médecin peut, facilement, régler des situations simples comme adapter un traitement en fonction de résultat biologique ou prescrire un antibiotique pour une infection avérée :

« On règle des petits problèmes par téléphone » (MG 5).

« Les infirmières m'appellent ... pour me donner les résultats [d'INR] et je lui donne les consignes par téléphone » (MG 7).

« Pour prescrire un antibiotique pour une infection urinaire...par téléphone, je dirais à l'infirmière qu'elle peut donner du Monuril » (MG 8).

Sans entrer dans le cadre réglementaire de la TLE, le médecin peut demander un avis spécialisé par téléphone, notamment en dermatologie et gérer la prise en charge de son patient :

« L'infirmière m'a envoyé les photos [d'une lésion cutanée]; j'ai envoyé les photos au dermato et j'ai appelé le dermato à l'hosto. Du coup [la patiente] a été vue en urgence » (MG 7).

Enfin l'infirmière peut appeler pour programmer une visite :

« Les IDE contactent notre secrétariat et conviennent d'un rendez-vous et nous les programmons en visite » (MG 6).

Le Fax ou le mail

Ils peuvent aussi servir à l'envoi d'informations au médecin :

« Je m'entends avec les infirmières, je leur dis ce que je veux... Et puis elles m'envoient tout ce que je leur demande » (MG 8).

« [Les infirmières] n'arrivent pas à nous contacter directement.... Elles nous envoient des fax le plus souvent ou parfois des mails » (MG 11).

Et surtout, à la différence du téléphone, leur intérêt est de permettre la transmission d'ordonnance :

« Une ordonnance, je la maile » (MG7).

« On envoie l'ordo si [l'ECBU] est positif, on faxe l'ordo » (MG 4).

La rémunération des actes médicaux :

Spontanément, aucun médecin n'a évoqué la question d'une rémunération de leurs actes lorsqu'ils sont sollicités par téléphone, fax ou mail pour le suivi de leurs patients.

Par contre la rémunération de la TLC a pu faire réagir et renvoyer sur leur pratique actuelle que certains médecins considèrent comme une sorte de télémédecine gratuite :

« Si c'est officialiser le fait qu'on passe un coup de téléphone pour gérer une situation, oui on le code jamais, mais on fait pas de la médecine que pour des actes, l'idée c'est de soigner des gens » (MG1)

Le logiciel de l'EHPAD :

Cet outil devrait occuper une place centrale pour la mise en œuvre opérationnelle de la TLC en EHPAD. Des médecins l'utilisent, conscients de l'importance de la traçabilité de leurs interventions et de leurs prescriptions :

« Je me déplace dans la semaine pour régulariser l'ordonnance et la rentrer sur NETSoins » (MG 8).

« J'alimente le logiciel de l'EHPAD, ce qui me paraît logique puisqu'il y a toute une équipe qui travaille autour du patient ». (MG 11)

Des difficultés et des contraintes inhérentes aux logiciels sont toutefois relevées par les médecins :

- L'absence d'harmonisation des logiciels dans les EHPAD complexifie le quotidien des soignants obligés de s'adapter à l'outil choisi dans chaque structure :

« Ce qui peut réellement faire avancer les choses, je pense, c'est d'avoir le même logiciel partout. Avoir des codes différents dans 4 EHPAD différents, moi je note les codes sur un post-it alors quand j'oublie le post-it je suis obligé de laisser une trace à la main comme on faisait avant et puis tant pis » (MG 1).

« Je ne vois pas comment on peut mettre quelque chose de pérenne en place si on a plein d'intérimaires qui ne connaissent pas forcément le logiciel. A moins qu'ils utilisent quelque chose d'universel dans tous les EHPAD » (MG 8).

- Le problème d'interopérabilité entre le logiciel du médecin et celui de l'EHPAD est une réelle difficulté contraignant le praticien à faire un choix qui impliquera pour l'un des deux logiciels une perte d'informations et de traçabilité :

« En fait, ce qui pose problème, je dirais, administrativement, c'est qu'on utilise deux logiciels. Enfin, pour moi, c'est le cas parce que j'alimente le logiciel de l'EHPAD. Mais du coup, j'alimente peu le mien parce que, sinon, ça fait un doublon d'écrire deux fois, ce qui peut poser problème si j'ai un remplaçant ou un associé Donc, ça c'est un vrai problème, l'interopérabilité des logiciels ou du moins, l'accès ou le doublon. Il y aurait quelque chose à travailler là-dessus parce que c'est un vrai frein : on ne peut pas alimenter deux dossiers en même temps » (MG 11).
- Le manque de pratique et de connaissance d'un logiciel parfois peu intuitif ne facilite pas le travail du médecin qui ne trouve pas toujours des infirmières disponibles pour des explications.

« J'ai parfois eu des expériences fort douloureuses quand on n'a pas la pratique du logiciel ; il faut l'appréhender, comme on le fait pas souvent on sait pas et le personnel est parfois bien sûr très occupé et il peut pas attendre ou conseiller » (MG 3).
- L'impossibilité de connexion hors de l'EHPAD ne simplifie pas le quotidien du médecin et l'oblige à se déplacer à l'EHPAD alors que son emploi du temps est contraint :

« Je me déplace ...J'étais sensée pouvoir accéder à NETSoins pour faire des ordonnances directement sur le logiciel. Et ça n'a jamais marché chez moi » (MG 8).

B. Liens avec l'équipe soignante

La mise en œuvre d'une TLC en EHPAD, suppose la participation de l'ensemble des membres de l'équipe soignante.

Avec les infirmières :

La plupart des MG interrogés ont fait état d'une bonne relation avec l'équipe infirmière :

« On a nos petites habitudes...et ça passe très bien » (MG6).

Ces derniers font référence à la relation de confiance qui semble être déterminante dans les échanges et nécessaire à une prise en charge de qualité :

« du moment où je peux faire confiance » (MG8).

Avec les médecins coordonnateurs :

Les MG ont semblé accorder aussi de l'importance aux :

« liens confraternels » (MG1)

Avec les médecins coordonnateurs (MCo). Le travail se fait en collaboration et complémentarité :

« Il n'y a pas de guéguerre » (MG6)

Les MCo permettent aux généralistes de dégager du temps et allègent le nombre des interventions en EHPAD. Toutefois la double casquette MCo/ activité libérale de certains peut les rendre moins disponibles lors des visites :

« on la voit moins que les IDE elle a son travail à côté en plus » (MG6)

Les échanges réguliers et les contacts en présentiel sont soulignés par certains :

« Pour moi venir c'est aussi échanger » (MG10)

Avec l'infirmière coordinatrice :

Le rôle de l'IDEC est parfois mal connu voire méconnu par les médecins interrogés.

« Infirmière spécialisée si j'ose dire » (MG1)

Le besoin d'apprendre à se connaître a été évoqué, les échanges se font principalement par mails et quelquefois en présentiel. Certains MG interrogés font état d'une interdépendance entre le travail de l'IDEC et celui du MCo:

« C'est complémentaire » (MG4)

Réunions pluridisciplinaires

Au regard des entretiens concernant l'équipe de l'EHPAD et de leurs analyses, la relation interprofessionnelle semble être au cœur du débat et a amené les MG à se questionner sur leur absence aux réunions pluridisciplinaires pour lesquelles quelques interviewés ont évoqués un manque de temps pour y participer mais une véritable volonté d'y assister :

« Assister au staff de temps en temps ça serait pas mal » (MG5).

Problèmes de ressources humaines

Toutefois la relation de confiance entre les MG et les IDE a pu être perçue comme affectée par les problèmes de ressources humaines. La difficulté à fidéliser le personnel, les problèmes endémiques de sous-effectif et l'emploi d'intérimaires ont été signalés comme une entrave dans la prise en charge pluridisciplinaire des résidents et la mise en place de soins de qualité :

« il y a souvent des intérimaires qui ne connaissent pas grand-chose aux patients et même à l'EHPAD » (MG8)

Avis sur l'organisation du suivi

Des médecins expriment de façon positive leur avis sur l'organisation existante :

« Alors là est-ce qu'il (le suivi) n'est pas déjà optimal ? ». (MG9)

« Alors, déjà c'est pas pour se donner des lauriers, mais quand même, je trouve que ça se passe pas trop mal d'une manière générale finalement ». (MG1)

C. Téléconsultation : indications et freins

Les indications

La dermatologie

La dermatologie est fréquemment citée parmi les indications de la TLC. Ce domaine est conçu par nos interlocuteurs dans une acceptation large, incluant les lésions susceptibles d'être cancéreuses mais également les plaies et les escarres :

« Pour certaines choses, pour les plaies et les lésions cutanées, les escarres, là ce serait chouette la télé consultation. » (MG8)

« Pour la gestion des plaies ou autres » ; « pour le suivi des plaies » (MG4) ;

« elles sont très fréquentes les plaies chroniques » (MG8).

Toutefois, les médecins interrogés se sont tantôt placés en tant que demandeurs de TLE :

« Moi-même en consultation je pratique les photos [...] quand je suspecte des lésions cancéreuses ou autre » (MG1) ;

« Pour la dermato, je fais les photos et je les envoie moi-même au spécialiste » (MG2)

tantôt en tant qu'acteurs d'une TLC au bénéfice des résidents de l'EHPAD :

« Je sensibilise beaucoup les équipes infirmières de l'EHPAD [...] à faire des photos quand il y a des lésions » (MG1)

« surtout pour savoir si c'est une urgence à hospitaliser » (MG8).

Les « urgences »

La position de nos interlocuteurs concerne ici le besoin inopiné d'un avis médical plutôt que la gestion d'une véritable urgence vitale :

« Bien évidemment si on nous indique qu'il y a une urgence vitale je pense que l'infirmière ne va pas appeler le médecin traitant, elle va appeler le SAMU » (MG3)

« Clairement pour la gestion des urgences, non, sauf si les indications sont claires » (MG6).

Ce type de demande est bien connu des praticiens et couramment utilisé sous sa forme téléphonique :

« Ça peut commencer par un appel téléphonique » (MG3),

mais aussi envisagé avec l'apport de l'image :

« Ce serait plus sur du visuel que je ferais confiance à la téléconsultation » (MG8)

« Il aurait fallu que les gens aient une bonne caméra un bon système vidéo pour être efficace » (MG6).

La gériatrie-psychiatrie

Elle est mentionnée par les praticiens sur le mode d'une indication possible :

« Pour la gériatrie-psychiatrie pourquoi pas ? » (MG2)

Pour l'un des médecins interrogés, son bénéfice pour le résident peut toutefois être réduit par la difficulté pratique de sa réalisation :

« En gériatrie-psy ça peut permettre d'éviter un transport ... un patient s'il est confus ou agité, l'asseoir devant une caméra, c'est pas simple non plus » (MG1).

La cardiologie

Bien que cette spécialité soit connue pour se prêter à des consultations distantes (lecture de l'ECG, stéthoscope connecté), elle est simplement citée dans notre enquête comme une simple éventualité :

« Le cardio, on pourrait imaginer aussi » (MG9).

Les renouvellements de traitements

Nos interlocuteurs ont cité le renouvellement des prescriptions à distance, dans la mesure où il s'agit d'une pratique courante dans les EHPAD :

« parfait, surtout pour les renouvellements » (MG7)

« moi, pour ce genre de chose je le fais [...] par téléphone en envoyant une ordonnance » (MG5).

Freins à l'usage de la téléconsultation

Le sentiment de dégradation de la qualité de l'exercice médical

Celui-ci s'exprime principalement par l'impossibilité de réaliser certains gestes cliniques :

« je ne peux pas faire un palper abdominal à distance » (MG3)

« on ne peut pas examiner les gens donc ça limite grandement les indications » (MG6).

ou l'appauvrissement des informations obtenues au cours d'une consultation traditionnelle :

« ça n'a rien à voir avec une consultation avec la richesse de ce que l'on peut entendre, percevoir, comprendre, toucher, sentir parfois » (MG1).

L'engagement de la responsabilité individuelle est également cité comme un obstacle :

« Je n'arrive pas à laisser quelqu'un palper à ma place. C'est quand même ma responsabilité ». (MG8).

Le sentiment d'appauvrissement des relations avec les patients

Les médecins interrogés s'inquiètent à cet égard pour leurs patients :

« il ne faut pas que cela fasse perdre pied avec le soin » (MG5)

« ça anonymise un peu la relation qui est moins humaine » (MG6)

« Ce que j'aime c'est la relation avec les gens. Donc derrière à l'écran je me fais un peu suer. » (MG10)

mais plus encore pour la remise en cause de leur choix de pratiquer la médecine générale :

« j'ai choisi la médecine générale parce qu'il y a plus de contacts On fait médecine générale parce qu'on aime bien communiquer, on aime caresser les cheveux d'une vieille femme, regarder dans les yeux » (MG2).

L'inadaptation de la technique au public des personnes âgées

Ici, sont citées les difficultés de communication avec les résidents souffrant de troubles sensoriels ou cognitifs :

« souvent ce sont des patients qui sont soit déments, soit ils ont un ralentissement moteur ou psychique ou les deux » (MG1).

« Je ne pense pas du bien de la téléconsultation, particulièrement pour les personnes âgées » (MG2).

mais également le besoin de proximité, requis tant pour le praticien que par son patient :

« je pense que c'est important qu'ils voient ma tête ».(MG5).

D. Leviers à la mise en place de la téléconsultation

Mise en place d'une organisation fonctionnelle :

Les médecins ont relevé la nécessité d'une organisation préalable à la mise en place de la TLC :

- au niveau de l'équipe de l'EHPAD tout d'abord :

« Introduire un temps défini et puis se mettre d'accord en terme d'organisation entre nous et les IDE » (MG6)

« Il faudrait convenir d'horaires avec le médecin... » (MG9)

- Ensuite, pour la TLC spécialisée et la TLE, il est nécessaire d'avoir un réseau de référence avec des interlocuteurs disponibles. Un médecin déplore de ne pas pouvoir joindre ses confrères du centre hospitalier pour obtenir leur avis, organiser une consultation ou une hospitalisation :

« il faudrait avoir un hôpital dynamique avec des confrères accessibles... parce que on veut faire une téléconsultation mais là on en est au stade où on ne peut même pas les avoir au téléphone les confrères ». (MG1)

Environnement, locaux et matériel :

Pour une TLC de qualité il faut un environnement approprié :

« il faut qu'ils [les interlocuteurs] puissent avoir une téléconsultation dans un bon environnement... il faut que les infirmières soient dans de bonnes conditions pour que ça se passe bien, sereinement » (MG1).

Un médecin évoque le besoin d'un chariot équipé ou d'un lieu de consultation approprié :

« tu peux avoir un chariot mobile avec un ordi, que tu peux déplacer dans les chambres, avoir des locaux dédiés à la téléconsultation » (MG7).

Une TLC nécessite des moyens techniques et du matériel adapté :

« Des mesures techniques de qualité, c'est-à-dire une bonne visibilité du patient, une bonne connexion internet... » (MG3),

« le stéthoscope te retranscrit les bruits du cœur de façon assez fidèle d'après ce que j'ai entendu. L'otoscope pareil, regarder une gorge ou faire des photos c'est assez fidèle, assez efficace comme moyen » (MG8).

L'EHPAD :

La présence d'un personnel formé auprès du patient est un plus dans la pratique de la TLC :

« La présence d'un personnel de santé pour nous relayer puisque là on a à faire à des personnes âgées qui peuvent mal entendre, qui ne sont pas habitués aux techniques modernes, donc un bon relai local » (MG3),

« La téléconsultation sera particulièrement facilitée par le fait qu'on ait du personnel soignant sous la main par rapport à des téléconsultations au domicile des patients. » (MG9)

La gestion du personnel est une condition nécessaire :

« Il faudrait qu'il trouve un équilibre dans la gestion du personnel...il faut quand même qu'il y ait une certaine stabilité pour pouvoir faire quelque chose de chouette, utilisable.

» (MG8)

Les décideurs/ le financement :

Pour les médecins de notre étude, le système de santé doit s'adapter et proposer un soutien dans la mise en place de la TLC :

« Je pense que les gens qui s'occupent de l'organisation de la santé en France actionnent sans doute des leviers pour le développer puisque on fait face à la pénurie de médecins » (MG3),

« Le côté financier, je ne le maîtrise pas. Mais il y a sûrement des aides diverses et variées. » (MG8)

Sensibiliser, former et informer :

Des actions de sensibilisation et de formation doivent être mise en place auprès des médecins et du personnel soignant :

« Honnêtement il faut sensibiliser les médecins... Je pense qu'une après-midi de sensibilisation mais en présentiel avec des humains où on pourra manipuler et voir comment ça marche concrètement. » (MG2),

« Il faut sans doute que les médecins qui pratiquent la téléconsultation soient formés » (MG3),

« Il faut en face une infirmière ou un intervenant qui maîtrise bien la technique » (MG11)

Des médecins se questionnent sur certains aspects pratiques, ce qui souligne bien leur manque d'informations et la nécessité d'y remédier :

« Je ne sais pas comment se passerait la traçabilité. Est-ce que le médecin aurait accès au dossier de son cabinet ? » (MG9),

« Je ne sais pas si un EHPAD pourrait nous rémunérer pour ça » (MG5).

Motiver :

Pour qu'un projet soit une réussite, il faut que tous les acteurs soient parties prenantes :

« À partir du moment où tout le monde a envie de le faire et s'il y a un personnel sur place pour s'en occuper, un coordinateur qui a envie de le mettre en place... » (MG8),

« Il faudrait que le personnel soit d'accord » (MG9).

E. Le temps

Besoin de temps

La notion de temps est constamment présente. Les médecins soulignent leur besoin de temps dans leur pratique quotidienne :

« On manque de temps pour s'occuper de tous les patients qui se présentent » (MG8).

Ils sont contraints de s'adapter et de faire des choix : *« Le manque de temps m'oblige à réduire mon temps de visite » (MG11),*

« Y'a des réunions de coordination ...mais matériellement, on n'a pas le temps d'y aller » (MG7).

La pratique de la médecine générale ne doit plus être un sacerdoce, la nouvelle génération de médecins tient à avoir une vie privée équilibrée :

« Les jeunes médecins, ils veulent plus de temps pour eux » (MG7).

Ils soulignent aussi la nécessité pour les soignants de l'EHPAD d'avoir du temps pour les épauler quand ils sont en visite auprès de leurs patients :

« Le personnel est parfois bien sûr très occupé et il ne peut pas attendre ou conseiller » ((MG3),

mais aussi pour la mise en place de la TLC :

« Il faut que le personnel ait du temps » (MG9).

Enfin, ils relèvent le besoin de temps des autres acteurs de la TLC :

« La téléconsultation ça pourrait être confortable mais à condition que les interlocuteurs en face ils aient du temps » (MG1).

Perte de temps

En EHPAD, les médecins se plaignent de perdre beaucoup de temps :

Les visites en EHPAD sont plus chronophages qu'au domicile :

« Quand je dois m'occuper des prolongations de traitement et tout ça, ça me pourrait toute une après-midi...c'est moins rapide qu'une consultation au cabinet » (MG8)

Le turn-over des équipes soignantes est un frein à la bonne prise en charge des patients :

« Il y a des EHPAD où malheureusement ils ont à faire à pas mal d'intérimaires, donc ils ont pas une vision globale du patient, il y a une perte d'information, une perte de temps » (MG1).

L'utilisation du logiciel de l'établissement est fastidieux :

« L'outil informatique est peut-être générateur du plus de perte de temps...on est dépendant d'un ordinateur au lieu de passer du temps au soin » (MG1)».

La téléconsultation peut être vue comme une perte de temps :

« On va perdre du temps parce qu'on n'aura pas l'examen qu'on veut faire et l'intelligibilité qu'on souhaitera » (MG1),

« Avant-hier je reçois un malade...il a eu une téléconsultation avec l'urologue qui lui a demandé de refaire le bilan et de le voir en présentiel dans deux mois...là c'est une perte de temps » (MG2).

Prendre le temps

Malgré tout, la conscience professionnelle est toujours présente et les médecins tiennent à faire un travail de qualité en prenant le temps nécessaire pour la prise en charge de leurs patients :

« On a toujours le temps d'aller voir les patients en EHPAD » (MG4),

« J'ai toujours pris le temps de passer voir l'équipe, prendre des nouvelles du patient » (MG10)

Gagner du temps

Avec la TLC, les médecins évoquent un gain de temps de transport :

« Faire gagner du temps de transport et c'est du temps médical qui est augmenté » (MG6),

mais aussi dans la prise en charge des patients :

« Avec la téléconsultation on pourrait voir certains problèmes rapidement » (MG7),

et enfin au niveau du temps de consultation :

« Le fait qu'il n'y ait pas à accueillir le patient, à le déshabiller, à faire les papiers etc., tout ça c'est quand même un gain de temps » (MG11).

La mise en place de la TLC semble nécessaire, au regard des contraintes d'adaptation au contexte actuel :

« Ça me paraît une nécessité de développer la téléconsultation puisqu'on a de moins en moins de temps médical » (MG11)

4/ DISCUSSION

A. Téléconsultation : aspects négatifs

a. Transformation des pratiques professionnelles et de la relation médecin-patient

Les MG rencontrés dans le cadre de la présente étude ont fait part de leurs craintes sur les modifications d'exercice susceptibles d'être induites par l'usage de la TLC. La dégradation supposée de la prestation médicale est le plus souvent imputée au caractère incomplet de l'examen physique. L'absence de contact du médecin avec le corps du patient marque en effet une rupture à la fois sur le plan technique mais aussi, sans doute, sur le plan symbolique. Pour la génération des médecins étudiés, l'apprentissage de la médecine a en effet été fortement marqué par le caractère central de l'examen clinique, notamment par la contribution au diagnostic des signes décrits par les grands maîtres français du XIX^{ème} siècle (28). Toutefois, même s'ils ne l'expriment pas ouvertement, ces médecins ont nécessairement perçu dans leur exercice le recul de la séméiologie clinique lié au progrès de l'imagerie et des techniques prédictives de la biologie. Dans ce contexte, la TLC n'est qu'une technique parmi d'autres à laquelle les MG vont devoir donner une place à l'avenir, ce qu'ils ont vécu par anticipation lors de l'épidémie de Covid-19 (29). Certains MG ont également

utilisé des termes parfois très forts pour exprimer une inquiétude ou un rejet de la TLC pour son impact sur la relation médecin-patient. Traditionnellement, celle-ci est en effet fondée sur le colloque singulier, qui suppose une relation duelle et la proximité physique des acteurs. Or ces deux dernières sont mises à mal dans la TLC qui introduit au contraire de la distance et l'intrusion éventuelle d'un tiers, fût-il un personnel soignant. Ces bouleversements à venir ou déjà éprouvés sont vécus comme une remise en cause profonde de l'exercice, voire du métier lui-même tel qu'il a été initialement choisi et qu'il est actuellement pratiqué. Enfin, en filigrane, on peut noter également une réticence plus générale, dépassant l'exercice de la médecine, à la technicisation générale du monde qui en découle.

b. Problèmes de ressources humaines

Les problèmes de recrutement et de fidélisation du personnel en EHPAD sont un sujet récurrent et amplifié depuis l'épidémie de Covid-19 (30,31). Les résultats de notre enquête rejoignent ceux du rapport de février 2022 de la Cour des comptes qui note le besoin chronique de personnels qualifiés dans ces établissements (32).

Pour certains médecins interrogés, le manque de personnel soignant est jugé comme un facteur limitant l'usage de la TLC en EHPAD. Pour faire face à cette pénurie de personnel, d'aucuns ont recours à l'emploi d'intérimaires qui ne connaissent pas ou peu l'établissement, le logiciel et les résidents. Ils sont parfois même confrontés à des glissements de tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés. On peut donc aisément comprendre la réticence des médecins traitants quant à l'utilisation de la TLC. Toutefois d'un point de vue managérial, la formation du personnel pourrait insuffler une dynamique de déploiement.

En effet, le projet de TLC dans les EHPAD nécessite un temps dédié à cette pratique avec la mise en place de différents paramètres comme le recueil du consentement du patient, la connexion à une heure programmée sur un site sécurisé ou encore la rédaction par le médecin traitant d'un compte rendu sur le DMP du patient (33). Ces éléments jouent en défaveur de cette consultation à distance.

De plus, cette étude a révélé une méconnaissance du rôle de l'infirmière coordinatrice déjà relevée par la Cour des comptes dans le rapport précité. Pourtant, cette professionnelle, en charge de la gestion du personnel soignant, pourrait jouer un rôle déterminant dans la mise en place de la TLC dans les EHPAD en dégageant le temps nécessaire. Dans notre étude, les EHPAD n'ont pas de temps disponible pour mettre en place ce projet et, simultanément former leur personnel, prodiguer des soins de qualité et accompagner le MG dans la prise en charge des résidents. L'ANAP nous apporte quelques éclairages sur la gestion du temps des soignants et l'organisation des services sans pour autant trouver « LA » solution (34).

La médiation de la TLC par le personnel infirmier de l'EHPAD ou dédié à la TLC est peu citée malgré l'indiscutable plus-value qu'elle apporte au médecin généraliste en termes d'informations cliniques, notamment lorsque le résident souffre de troubles cognitifs ou sensoriels.

c. Les problèmes techniques

Depuis les années 90 et l'obligation de télétransmettre les feuilles de soins à l'assurance maladie, les médecins ont été amenés à informatiser leur outil de travail. L'informatique fait partie aujourd'hui de leur pratique médicale. Mais les logiciels qui devraient simplifier leur quotidien montrent des limites, comme le relèvent certains médecins dans les entretiens. De ce fait, concernant la TLC, les médecins interviewés pointent la nécessité d'être équipés de matériels de qualité et d'une bonne connexion

internet. C'est, d'ailleurs, un sujet régulièrement soulevé dans la littérature. En effet, les problématiques techniques sont un réel frein au déploiement de la télémédecine. Les problèmes de réseau qui empêchent une connexion de qualité sont fréquemment cités et ne facilitent pas l'adhésion des utilisateurs (35,36). De plus, l'absence d'interopérabilité entre les différents outils est une réelle difficulté pour une pratique médicale de plus en plus informatisée, et complexifie la communication et la traçabilité entre les différents partenaires (37).

d. Méconnaissance de la télémédecine

Au cours des entretiens, il est apparu une méconnaissance de la TLC par les praticiens. Un grand nombre d'entre eux considèrent qu'ils pratiquent une forme de TLC lorsqu'ils ont une infirmière au téléphone au sujet d'un patient. De même lorsqu'ils ont un confrère spécialiste au téléphone, ils apparentent cet échange à une forme de TLE. Or, il existe un cadre juridique, déontologique et financier à la télémédecine. Cette méconnaissance de la télémédecine interpelle alors qu'il s'agit d'un sujet développé régulièrement depuis la loi HPST de 2009 identifiant la télémédecine comme pratique médicale. Ce manque d'information des praticiens n'est pas une nouveauté. La nécessité d'inscrire la télémédecine dans le cadre de la formation continue ou le cursus des études médicales a déjà été relevé dans la littérature (38). De même l'expérimentation a montré qu'elle peut être un atout pour faire tomber les craintes et les aprioris sur l'utilisation de ce nouveau moyen technique de consultation et faciliter son usage dans la pratique courante (18,37). Fait encourageant, lors des entretiens, plusieurs médecins constatent leur manque de connaissances et expriment leur besoin de formation à la télémédecine.

B. Téléconsultation : aspects positifs

a. Liens médecin traitant/ EHPAD

Les MG n'ont pas abandonné l'exercice en EHPAD : ils restent satisfaits et impliqués dans le suivi de leurs patients, ce qui rejoint tout à fait l'enquête de l'URPS Pays de Loire faite en 2014 (39).

La pratique médicale en EHPAD reste un exercice intéressant pour eux et implique un travail d'équipe, une rupture avec le travail solitaire en cabinet (40). Dans ce cadre, l'IDE tient une place centrale, lien indispensable entre le médecin et ses patients. C'est elle qui appelle en cas de besoin, elle qui transmet les informations au médecin avant sa visite, puis à l'équipe après son passage. Elle accompagne le médecin, quand elle en a le temps, remplaçant ainsi l'aidant que le médecin aurait eu à domicile. On peut parler de rôle pivot, comme relevé dans la thèse de Nicolas Bur en 2017 (41). Ce duo MG/IDE fonctionne déjà très bien et sera un gage de réussite pour un projet de TLC.

Il reste important aujourd'hui de renforcer les liens MG/EHPAD pour co-construire la mise en place d'une TLC. Or, si le MCo est aujourd'hui connu et reconnu par les médecins traitants, liés par la confraternité et la confiance, il n'en est pas de même pour l'IDEC. Un décret définissant ses compétences aiderait sans doute à mieux faire connaître son rôle.

Il va de soi qu'un projet de TLC en EHPAD ne pourra que renforcer cette cohésion d'équipe. La présence d'un soignant auprès du patient qui est grandement appréciée par certains médecins interrogés, parce qu'elle autorise un échange direct entre le médecin et le soignant mais aussi parce qu'elle permet un gain de temps pour le médecin, ce qui n'est pas le cas quand il se déplace en visite à l'EHPAD. Ce gain de temps espéré par les médecins interrogés n'est pas relevé dans les travaux de C.

Haller qui décrit une TLC plus chronophage qu'une consultation classique. Toutefois, ces travaux concernaient le temps de présence des médecins généralistes lors d'une téléconsultation spécialisée (42).

Enfin, comme l'ont déclaré certains médecins, une organisation clairement définie est indispensable à la pérennisation du projet. Cet aspect a été étudié dans plusieurs travaux dont l'étude « Télésages en EHPAD » en 2016 (43).

b. Le confort du résident

Plusieurs MG ont mis en avant les avantages que pouvaient tirer les résidents d'EHPAD de la TLC en termes de confort, notamment en permettant d'assurer le diagnostic et les soins dans leur cadre habituel et en évitant ainsi des déplacements coûteux et fréquemment pénibles (44).

c. Libérer du temps pour les MG

L'un des médecins de l'étude qui pratique régulièrement la téléconsultation aussi bien en EHPAD qu'au domicile a bien perçu la possibilité nouvelle de redéploiement de son activité permise par la TLC. Elle a pu ainsi prendre le relais pour certains résidents d'EHPAD d'un confrère parti à la retraite. Cet impact permettant parmi d'autres mesures de pallier la pénurie de MG a été explicitement anticipé par l'Assurance maladie (45).

Ce temps libéré pourrait également permettre aux MG une meilleure participation aux réunions pluridisciplinaires de l'EHPAD et ainsi, une plus grande intégration dans la dynamique de l'équipe soignante.

C. Critiques de l'étude

a. Le choix du sujet

Nous avons choisi d'étudier la téléconsultation en EHPAD comme nouvelle pratique pour le suivi des résidents par leur MG. Si quelques travaux ont impliqué les MG dans la télémédecine en EHPAD, ils concernaient la téléconsultation spécialisée. Nous n'avons pas trouvé d'étude concernant notre sujet. Le point fort de cette étude a été de mieux connaître les représentations des MG à la téléconsultation et d'évaluer la possibilité de mise en place de cette pratique pour le suivi de leurs patients en EHPAD.

b. Choix de la méthode

L'étude qualitative permet une meilleure compréhension des perceptions et ressentis des professionnels interrogés. Les entretiens semi-directifs ont permis à ces derniers de s'exprimer librement. Chaque entretien a été lu par les quatre auteurs de ce mémoire, ce qui a limité la subjectivité.

c. Choix de l'échantillon

Les médecins interrogés ont été sélectionnés de manière aléatoire ou dans le réseau relationnel des auteurs du mémoire, avec un seul critère d'inclusion : suivre au moins un patient en EHPAD. Plusieurs médecins ont refusé de participer à notre étude faute de temps. Cependant, nous avons pu obtenir une saturation des données à partir du dixième entretien. L'âge moyen des participants semble un peu supérieur à la moyenne nationale et les femmes sont peu représentées, ce qui peut constituer un biais. Nous n'avons pas observé de différence d'opinions des médecins quelle que soit la région où ils exercent.

5/ CONCLUSION

Même si la majorité des médecins interrogés était réticente à l'usage de la TLC, il n'en demeure pas moins que la démographie médicale, le vieillissement de la population et la majoration de la polypathologie en EHPAD les ont conduits à envisager de nouvelles modalités d'exercice, dont fait partie la téléconsultation.

Ils ont bien perçu que les difficultés rencontrées actuellement par notre système de santé, notamment le problème de recrutement de soignants en EHPAD ainsi que le manque de formation et d'information des acteurs de la santé sont des freins majeurs à la mise en place d'une TLC. En ce qui les concerne, ils sont conscients de la nécessaire évolution de leur pratique médicale et sont demandeurs de formation.

A cet égard, il existe déjà des DIU de Télémédecine, mais il faudrait intégrer davantage cette nouvelle pratique professionnelle dans le cadre de la formation initiale et du Développement Professionnel Continu (DPC). En effet, une réelle appropriation de la télémédecine passera par le développement de la formation en commençant par les jeunes générations au cours de leur cursus médical. Il faudra également repenser la relation médecin-patient au regard de l'utilisation d'un écran qui suppose de connaître les attitudes et postures utiles pour instaurer une relation de qualité.

Pour soutenir les MG dans leur exercice, d'autres organisations peuvent être envisagées au sein de l'EHPAD.

Par exemple, l'expérimentation Grand Est de la polyclinique mobile TokTokDoc consiste en la mise en place d'un parcours de santé dédié, notamment en offrant un recours aux spécialistes par le biais de la télémédecine et d'une équipe mobile dans les EHPAD. Ce dispositif est soutenu financièrement par les ARS (Annexe 3 et 4).

Par ailleurs, dès 2004, le dispositif Asalée (Action de SANTé Libérale En Equipe), a organisé une collaboration entre infirmiers et médecins pour la prise en charge de maladies chroniques, des actions de prévention, afin de libérer du temps médical aux MG. Une IDE du dispositif Asalée peut ainsi accompagner un résident pour une TLC au sein de l'EHPAD. Ce dispositif a été conçu à l'initiative d'un médecin généraliste et de l'URML de Poitou-Charentes. (Annexe 5)

Enfin, l'infirmière de pratique avancée (IPA), est susceptible d'apporter son concours par délégation du MG dans le cadre de ses compétences réglementaires. Il n'existe pas encore de spécialité en gériatrie pour les IPA mais celles-ci sont habilitées à prendre en charge des patients atteints de maladies chroniques. (Annexe 6)

Les deux derniers dispositifs font d'ailleurs partis des 30 propositions de l'assurance maladie pour 2023 :

Proposition 13 : Il s'agit notamment de libérer du temps médical en facilitant le recrutement d'assistants médicaux, la construction de binômes médecins/infirmiers ou encore de libérer les médecins des tâches administratives ;

Proposition 15 : « Finaliser un cadre structurel pour l'activité de téléconsultation, afin d'améliorer l'accès aux soins tout en préservant la qualité de la prise en charge :

— déployer la téléconsultation assistée/avancée par les infirmiers (personnes à domicile, urgences, etc.) ... »

La téléconsultation, comme les réseaux sociaux, participe d'un mouvement général lié à l'évolution technologique qui abolit les distances et tend à recomposer les rapports sociaux. Comme tout un chacun, les médecins généralistes seront probablement contraints de s'y adapter.

Même si « *le progrès est l'injustice que chaque génération commet à l'égard de celle qui l'a précédée* » (Emil Cioran), « *l'humanité est vouée au progrès à perpétuité* » (Alfred Sauvy).

Bibliographie

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
2. La télésanté - Pour l'accès de tous à des soins à distance [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesante>
3. HAS. Fiche Mémo Téléconsultation et téléexpertise Mise en œuvre. 2019.
4. Schoefs H. La consultation épistolaire, ancêtre de la téléconsultation et pratique courante au 18e siècle [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-pratique-de-la-consultation-epistolaire-au-18e-siecle-ou-la-teleconsultation-avant-l-heure_152418
5. Archives nationales. Urgence en mer [Internet]. 1981. Disponible sur: <https://francearchives.fr/fr/facomponent/3702cd3ef55863aa5a1d4e6031a783329c10f3d4>
6. IRCAD France. L'IRCAD, pionnier en robotique chirurgicale [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/180552/lircad-pionnier-en-robotique-chirurgicale-communique/>
7. HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise Guide de bonnes pratiques [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
8. l'Assurance Maladie. Remboursements prestations et aides - La téléconsultation [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20avec%20qui%20vous,%20Dci%20s'av%C3%A8re%20n%C3%A9cessaire.>
9. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télé médecine pour les personnes exposées au covid-19 [Internet]. mars 10, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041704122/#:~:text=Dans%20les%20r%C3%A9sum%C3%A9s-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202020%2D227%20du%209%20mars%202020%20adaptant,personnes%20expos%C3%A9es%20au%20covid%2D19>
10. Agence du Numérique en Santé. Comprendre le Ségur du Numérique en Santé [Internet]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/webinaires/comprendre-le-segur-du-numerique-en-sante>
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant no 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. sept 25, 2022.
12. MATIERES GRISES. 2021 : L'année du virage de la télé médecine en Ehpad ? [Internet]. 2021. Disponible sur: https://matieres-grises.fr/nos_publication/2021-l-annee-de-virage-de-la-telemedecine-en-ehpad/
13. Salles N. Télé médecine en EHPAD les clés pour se lancer. Le Coudrier; 2017.
14. Cormi C, Chrusciel J, Fayol A, Van Rechem M, Abou-Amsha K, Tixier M, et al. The Use of Telemedicine in Nursing Homes: A Mixed-Method Study to Identify Critical Factors When Connecting with a General Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 23 oct 2021;18(21):11148.
15. Ohligs M, Stocklassa S, Rossaint R, Czaplik M, Follmann A. Employment of Telemedicine in Nursing Homes: Clinical Requirement Analysis, System Development and First Test Results. *Clin Interv Aging*. 2020;15:1427-37.

16. Zulfiqar AA, Hajjam A, Andrès E. Focus on the Different Projects of Telemedicine Centered on the Elderly In France. *Curr Aging Sci.* 2019;11(4):202-15.
17. Effectiveness and organizational conditions of effectiveness of telemedicine in nursing homes. A study protocol of a comparative prospective cohort (EFFORT study) [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03181409/document>
18. Newbould L, Ariss S, Mountain G, Hawley MS. Exploring factors that affect the uptake and sustainability of videoconferencing for healthcare provision for older adults in care homes: a realist evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 6 janv 2021;21(1):13.
19. Bismuth S, Remande A, Découard P, Boyer P, Chicoulaa B, Hein C, et al. Motifs de recours à la télé-médecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télé-médecine.* juin 2014;3(2):77-83.
20. Le Saché F, Naudin C, Quemeneur C, Bucciero M, Barouk D, Dufour G, et al. Faisabilité d'une téléconsultation d'anesthésie en chirurgie orthopédique programmée. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* oct 2021;25(5):248-53.
21. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* oct 2021;205(8):852-6.
22. Cormi C, Petit M, Auclair J, Bagaragaza E, Colombet I, Sanchez S. Building a telepalliative care strategy in nursing homes: a qualitative study with mobile palliative care teams. *BMC Palliat Care.* 14 oct 2021;20(1):156.
23. Chaput H, al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. 2020 janv. (Etudes et Résultats Drees). Report No.: N°1140. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
24. Tableaux de l'économie française, Insee Références. 2020;24-25.
25. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er janvier 2020. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
26. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. 2017 mai. (Etudes et Résultats Drees). Report No.: 1011. Disponible sur: <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
27. Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. juill 6, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038730185>
28. Simon P. Télé-médecine : enjeux et pratiques. Le Coudrier; 2015.
29. Davin-Casalena B, Jardin M, Guerrera H, J Mabilie null, Tréhard H, Lapalus D, et al. [The impact of the COVID-19 pandemic on first-line primary care in southeastern France: Feedback on the implementation of a real-time monitoring system based on regional health insurance data]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* juin 2021;69(3):105-15.
30. Bazin M, Muller M. Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. *Etudes et Résultats Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* juin 2018;(1067).

31. « La vieillesse et la fin de vie font peur » : avec le Covid-19, les Ehpad peinent plus que jamais à recruter [Internet]. franceinfo. 2022. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/la-vieillesse-et-la-fin-de-vie-font-peur-avec-le-covid-19-les-ehpad-peinent-plus-que-jamais-a-recruter_4109061.html
32. La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad [Internet]. Cour des Comptes. 2022. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad>
33. l'Assurance Maladie. Exercice professionnel : Télémedecine-Téléconsultation [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleconsultation>
34. Gestion du temps de travail des soignants [Internet]. l'anap. 2009. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/ressourceshumaines/publication/2252-gestion-du-temps-de-travail-des-soignants/4499-l-approche-des-effectifs>
35. Bouchot P, Deronzier L. Actes de télémedecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des soignants [Internet]. Université Grenoble Alpes UFR de médecine; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404271/document>
36. Sanita consulting. Télémedecine en EHPAD mutualiste : Mars 2016 • étude • Retour d'expériences. Fondation de l'Avenir; 2016 mars.
37. Voiret V. Télémedecine en EHPAD: Avantages, freins et leviers à son déploiement [thèse professionnelle - Mastère Management de Structures Sanitaires et Sociales]. [TOULOUSE BUSINESS SCHOOL]; 2021.
38. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733671/document>
39. SilverEco. Etude : État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux dans les EHPAD des Pays de la Loire [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.silvereco.fr/etude-etat-des-lieux-des-pratiques-des-medecins-generalistes-liberaux-dans-les-ehpad-des-pays-de-la-loire/3131347>
40. Veuillotte I. Implication des médecins libéraux en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. Faculté de Médecine de Dijon; 2010. Disponible sur: <https://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/07/these-isabelle-veuillotte.pdf>
41. Bur N. La visite en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : perception et attentes réciproques du médecin traitant et de l'infirmier(E) [Internet]. Université de Lorraine Faculté de médecine de Nancy; 2017. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932028/document>
42. Haller C. Médecins généralistes et télémedecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences [Internet]. Université de Bordeaux UFR DES SCIENCES MEDICALES; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878226/document>
43. Abraham M. Télusages. Freins et leviers à l'adoption de la télémedecine en EHPAD [Internet]. centre Emile Durckheim Université de Bordeaux; 2016. Disponible sur: https://www.academia.edu/28148668/T%C3%A9l%C3%A9usages_Freins_et_leviers_%C3%A0_ladoption_de_la_t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine_en_EHPAD
44. Bentata P, Marques N. Le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise : quel impact économique à attendre en France ? [Internet]. Institut Economique Molinari; 2022 janv. Disponible sur: https://www.institutmolinari.org/wp-content/uploads/2022/01/etude-telemedecine-janvier2022_fr.pdf
45. l'Assurance Maladie. Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019-09-12-dp-remboursement-teleconsultation-1-an.pdf>

Annexe 1

Guide d'entretien des médecins généralistes

1/ Pratiques actuelles du MG en EHPAD :

- Comment se fait actuellement le suivi de vos patients en EHPAD ?
- Quels liens entretenez-vous avec l'équipe soignante, le médecin coordonnateur, l'IDEC ?
- Comment pourriez-vous améliorer le suivi de vos patients en EHPAD ?

2/ La téléconsultation :

Définition art R6316-1 du code de la Santé Publique :

La téléconsultation "a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation..."

- Que pensez-vous de la téléconsultation ?
- Quelles expériences avez-vous de la téléconsultation ?

Quand / Comment cela s'est-il passé ? Votre degré de satisfaction ?

3/ La téléconsultation en EHPAD :

- Dans quelles situations seriez-vous susceptible de proposer une téléconsultation pour vos patients en EHPAD ?

Pour le suivi spécialisé ? pour vos propres consultations ? la gestion des urgences ?

- Comment se déroulerait la téléconsultation ? Comment voyez-vous votre place, votre rôle dans la réalisation d'une téléconsultation ?

- Comment voyez-vous le développement de la téléconsultation en EHPAD ?

Quels seraient les leviers qui permettraient le développement de la téléconsultation ?

En quoi la téléconsultation serait une avancée dans vos pratiques ?

Annexe 2

Echanges d'informations MG/ehpad				
	téléphone	mail	logiciel	fax
MG 1	S'il y a un imprévu en général l'infirmière appelle. Soit la description de la situation permet de prévoir une ordonnance, une conduite à tenir, on met en place et puis on réévalue téléphoniquement, soit la situation est telle qu'elle nécessite une visite		Ce qui peut réellement faire avancer les choses je pense, c'est d'avoir le même logiciel partout, ça c'est une base. Avoir des codes différents dans 4 ehpad différentes, moi je note les codes sur un post-it alors quand j'oublie le post-it je suis obligé de laisser une trace à la main comme on faisait avant et puis tant pis	
MG 2	Le suivi, et c'est vraiment par l'intermédiaire des infirmières qui m'appellent			
MG 3	pour les épisodes plus aigus on pouvait m'appeler. Je faisais ce que je pouvais pour intervenir dans la journée ou le lendemain, parfois je donnais des conseils téléphoniques		il y avait la nécessité de consigner sur un classeur ou, « pire » je dirai dans un ordinateur, le compte-rendu de la cs, voire réaliser les prescriptions par ces moyens et j'ai parfois eu des expériences fort douloureuses, que l'on n'a pas la pratique du logiciel, il faut l'appréhender	
MG 4				Si bandelette urinaire positive on leur faxe l'ordot
MG 5	Il arrive qu'on règle les petits problèmes par téléphone c'est variable(...) il y a des gens qui vont vouloir passer pour donner un sachet de Monuril alors que l'idée a fait la bandelette et que l'on sait machin... moi, pour ce genre de chose je le fait soit par téléphone en envoyant une ordonnance			on peut sortir une ordo au cabinet et la faxer
MG 6	Les IDES contactent notre secrétariat et conviennent d'un rdv			
MG 7	Pour régler des problèmes de base, les infirmières m'appellent au téléphone simplement. Par exemple ..un contrôle INR... Avec le téléphone, on a les infirmières mais pas la patiente j'ai un coup de fil au moins 2 fois par mois ou 3 fois. Là on a réglé un problème dermatologique. la patiente avait une lésion .L'infirmière m'a envoyé les photos. J'ai envoyé les photos au dermato et j'ai appelé le dermato à l'hosto. Du coup elle a été vue en urgence. Par exemple dans le cas précis de la lésion dermatologique, on a envoyé les photos. On s'envoie des SMS à un numéro d'urgence dermato Si moi-même j'appelle par exemple le dermato et lui envoi la photo : le téléphone suffit. Pour le moment on utilise le téléphone.	Comment fais-tu si tu dois faire une ordonnance ? je la maile		
MG 8	c'est juste pour prescrire un antibiotique pour une infection urinaire Alors par téléphone, je dirais à l'infirmière quelle peut donner du Monuril	Elles (infirmières) m'envoient des photos par mail, Je leur demande les constantes. Tout ce qui peut m'intéresser. Et puis elles m'envoient tout ce que je leur demande.	Je me déplace dans la semaine pour régulariser l'ordonnance et la rentrer sur Netsoin / J'étais censé pouvoir accéder à Netsoin pour faire des ordonnances directement sur le logiciel. Et ça n'a jamais marché chez moi plein d'intérimaires qui viennent et qui partent ... qui ne connaissent pas forcément le logiciel. A moins qu'ils utilisent quelque chose d'universel dans tous les EHPAD.	
MG 9	Selon besoin s'il y a un appel des infirmières, voire conseils téléphoniques, si ça suffit : Je trouve que l'on a déjà tellement d'informations ; les infirmières nous téléphonent très facilement. Si elles téléphonent pour un cas aigu, quelqu'un qui va mal, elles ont tout de suite les constantes sous la main. Elles me disent tout de suite la tension, la température, la SAT, comment va la personne, comment elle respire · l'information, on l'a déjà par téléphone. C'est une espèce de télé consultation,			
MG 10			Dans mon expérience de la téléconsultation avec Doctolib ce qui est intéressant, c'est aussi la possibilité de transmettre l'ordonnance de façon sécurisée	
MG 11			j'alimente le logiciel de l'EHPAD	[les infirmières] nous envoient des fax le plus souvent ou parfois des mails.

	équipe de l'ehpad	
	IDE	medco
MG 1	s'il y a un impronpu en général l'infirmière appelle/ c'est vraiment l'infirmière qui est là le jour J qui appelle plus ou moins avec raison, parfois c'est le cadre	Le medco ? Je réfléchis..heu..alors souvent, il n'y en a pas/ et l'ehpad d'ici c'est mon prédécesseur donc c'est plutôt des liens confraternels avec ligne directe si vraiment il a quelque chose à me dire d'important, ou bien il fait directement avec mon accord tacite/
MG 2	Le suivi, c'est vraiment par l'intermédiaire des infirmières qui m'appellent/. Il y a des infirmières d'un âge certain, donc beaucoup d'expérience, ils savent gérer la situation	On a beaucoup de contacts téléphoniques directs avec le médecin coordonnateur, elle n'hésite pas à appeler et ça se passe très bien
MG 3	on n'a pas la pratique du logiciel c'est la principale difficulté mais que je n'ai d'ailleurs pas toujours rencontré : par exemple j'allais parfois à la frontière belge dans un ehpad belge où il y avait beaucoup de résidents français et là il y avait une simplicité je dirai « à la belge » qui me paraissait satisfaisante parce qu'il y avait cet aspect technique qui était allégé par l'infirmière qui prenait des notes comme on fait le tour à l'hôpital et ça rendait plus facile la transmission que elle nous faisait ou qu'on avait à faire.	la mise en place par les EHPAD de med co ou dans mon cas de med référents pour 3 d'entre eux à la retraite qui avaient repris une activité partielle dans le principal établissement que je fréquentais, moyennant quoi ils prenaient en charge les patients et j'avais donc une activité résiduelle mais faible en EHPAD. ça allégeait la demande d'interventions des médecins généralistes libéraux./ Je pense que l'idéal pour un ehpad c'est quand même d'avoir des médecins sur place/ , le mieux c'est d'avoir un service médical rendu dans les meilleures conditions et il me semble que l'intervention d'un médecin libéral ça peut s'envisager mais ça doit être accessoire par rapport à une structure qui serait mise en place avec un médecin coordonnateur, voire deux selon l'importance
MG 4		
MG 5	le but de l'équipe ide c'est de nous mâcher le travail	
MG 6	on les connaît très très bien et l'ambiance elle est super bonne ça passe très bien et je dois dire que c'est très agréable parce que on sait à qui on a à faire avec qui on travaille...on a nos petites habitudes	pareil ça se passe bien on la voit moins que les ides elle a son travail à côté en plus de l'ehpad mais on a de très bons contacts et c'est très complémentaire (...) je suis plutôt à travailler de manière coordonnée avec le medco à savoir qu'il peut modifier les prescriptions (...) on échange régulièrement et on travaille ensemble il n'y a pas de "guéguerre"
MG 7	J'ai de bonnes relations avec les infirmières ; Les infirmières font plus en plus de choses et il va y avoir des infirmières de pratique avancée	Je n'ai pas de contact avec le médecin coordonnateur.
MG 8	c'est très cordial/ Je n'ai pas de souci particulier à partir du moment où je peux faire confiance/ J'ai eu des présentations sur la téléconsultation. Avec la personne ou l'infirmière former pour ,on peut examiner ou palper sous directives	avec le médecin coordonnateur, alors là, c'est excellent puisque c'est ma consœur
MG 9	J'ai des rapports très cordiaux avec les infirmières ; avec l'équipe soignante, il n'y a pas de soucis non plus. C'est sûr que l'avis des infirmières est très important puisqu'elles sont proches des patients. leur avis compte beaucoup.	On a un médecin coordonnateur qui est mon collègue : on est ensemble dans la maison de santé
MG 10	Pour moi, venir, c'est aussi échanger, savoir ce qui se passe, accéder au dossier. Et puis c'est bien de voir un peu les gens, de se connaître, dans les deux sens je pense aussi. , j'ai toujours pris le temps de passer voir l'équipe prendre des nouvelles du patient	
MG 11	On arrive à avoir des échanges quand c'est nécessaire malgré le peu de temps des uns et des autres. Moi je trouve que ça va	

équipe de l'ehpad			
	idec	problème RH	réunion pluridisciplinaire/ organisation du suivi
MG 1	dans certaines ehpad il y a une infirmière spécialisée si j'ose dire,	ce n'est pas pour jeter la pierre, mais ils sont débordés, ils sont en sous effectifs/ Il y a des ehpad où malheureusement ils ont à faire à pas mal d'intérimaires, donc ils ont pas une vision globale du patient, donc du coup pareil, il y a une perte d'informations, une perte de temps	Alors, déjà c'est pas pour se donner des lauriers, mais quand même, je trouve que ça se passe pas trop mal d'une manière générale finalement
MG 2			Pour améliorer de suivi de mes patients en ehpad, j'aimerais avoir plus de temps et participer aux réunions de coordination hebdomadaires,
MG 3		l'on n'a pas la pratique du logiciel , il faut l'appréhender, comme on le fait pas souvent on sait pas et le personnel est parfois bien sûr très occupé et il peut pas attendre ou conseiller / on évoque toujours la question du personnel dans ces établissements qui est souvent décrit comme insuffisant mais idéalement c'est vrai que si on multiplie les médecins, les infirmières, les aides-soignants dans un ehpad, on peut imaginer que les résidents seront servis au mieux sur le plan médical, alors bien sûr il y a une question des coûts là derrière mais on peut penser que les personnels seront moins débordés, plus disponibles, moins pressés, j'imagine que c'est ça le schéma idéal.	
MG 4	c'est complémentaire l'idec nous sollicite on vient on fait ce qu'il y a à faire		
MG 5	je ne la connais pas trop il faudrait que l'on fasse plus ample connaissance, l'idec antérieure intervenait assez peu dans des discussions que l'on peut avoir au sujet des patients		je pense que d'assister au staff de temps en temps ça serait pas mal
MG 6	on communique par mail		
MG 7			Des réunions de coordination, je pense que c'est utile évidemment mais c'est vrai que matériellement on n'a pas le temps d'y aller.
MG 8		Sauf que ces temps-ci, il y a souvent des intérimaires qui ne connaissent pas grand-chose des patients et même de l'EHPAD. Et donc ça pose un peu plus de soucis de ce côté-là. Le seul souci c'est les intérimaires. Et ce n'est pas forcément de leur faute. Si elles débarquent qu'elles se retrouvent avec 60 patients, forcément, elles ne pourront pas répondre à tes questions, elles ne sauront pas. Il faudrait qu'il trouve un équilibre dans la gestion du personnel qui pour le moment est hyper lourde. Je ne sais pas comment ça se passe dans d'autres EHPAD. Mais chez nous, c'est dur.	
MG 9	Alors nous on n'a pas IDEC		Alors là est-ce qu'il [le suivi] n'est pas déjà optimal ?
MG 10			
MG 11		Après ce qu'on pourrait améliorer, c'est plutôt inhérent à l'EHPAD : qu'il y ait plus de temps infirmiers	

	la téléconsultation
	indications
MG 1	La dermato oui, déjà je sensibilise beaucoup les équipes infirmières, l'ehpad etc à faire des photos quand il y a des lésions /moi-même en consultation je pratique les photos avec les avis quand je suspecte des lésions cancéreuses ou autre, les patients sont vus rapidement, et je veille aussi à ne pas abuser / Après, pour d'autres spécialités, pour examiner c'est compliqué, . En gérontopsy ça peut permettre d'éviter un transport mais un patient s'il est confus ou agité , l'assoir devant une caméra c'est pas simple non plus
MG 2	On le fait surtout pour la dermato, là c'est pas la peine de les faire déplacer/ Pour la dermato, je fais les photos et je les envoie moi-même au spécialiste./ Pour la géronto-psychiatrie pourquoi pas.
MG 3	J'en pense du bien. Ça ne remplace pas bien évidemment ça ne remplace pas une consultation en présentiel qui est l'idéal mais je pense que faite sérieusement une télécs peut apporter un grand service /Vite fait comme ça, je dirai toutes les situations. Supposons qu'une infirmière ou un infirmier d'ehpad a un problème avec un patient, ça peut commencer par un appel téléphonique, voire un appel en visio qui permettrait d'observer le patient, l'inspection en médecine c'est très important, et je pense que toute situation, bien évidemment si on nous indique qu'il y a une urgence vitale je pense que l'infirmière ne va pas appeler le médecin traitant, elle va appeler le samu./ pour des suivis de spécialistes... ça pourrait s'envisager mais je dirai que c'est le spécialiste qui doit répondre à cette question, est ce qu'il peut effectuer son travail, en sureté, à distance ?
MG 4	pour la gestion des plaies ou autres pour qq1 qui est grabataire
MG 5	pour la gestion des plaies ou autres pour qq1 qui est grabataire (...) peut être pour la gestion des urgences(...) de la dermatologie à me montrer
MG 6	clairement pour la gestion dse urgences non sauf si les indications sont claires (...) la bonne indication c'est quand on peut se passer de l'examen clinique à savoir des modifications thérapeutiques des adaptations de posologie on va dire
MG 7	· parfait surtout pour les renouvellements. Demander une consultation ça ne se fait pas beaucoup entre praticiens. Avec l'hôpital ce serait intéressant la téléconsultation.
MG 8	· Alors effectivement la vidéo, pour certaines choses, pour les plaies et les lésions cutanées, les escarres, là ce serait chouette la télé consultation. Je dirais plutôt les problèmes dermato. Elles sont très fréquentes les plaies chroniques. Surtout pour savoir si c'est une urgence à hospitaliser - Ce serait plus sur du visuel que je ferais confiance à la téléconsultation ou alors effectivement une discussion sur un résultat et une conduite à tenir
MG 9	plutôt pour les urgences c'est le plus intéressant et le plus difficile d'ailleurs Pour le suivi des plaies - Le cardio, on pourrait imaginer aussi
MG 10	Moi je dirais plutôt sur l'urgence, en fait, vraiment très ponctuellement [...] Donc pour le suivi, là, j'étais quand même vachement contente de trouver la téléconsultation
MG 11	quand il y a pas besoin en examen clinique, quand c'est du conseil, du résultat d'examen, de la réassurance, du suivi psychologique

	la téléconsultation
	freins
MG 1	Dire que c'est un gain de temps c'est faux car une télécs c'est aussi du temps/ , alors oui on va gagner du temps pour pas se déplacer mais on va en perdre parce que on n'aura pas l'examen qu'on veut faire et l'intelligibilité qu'on souhaitera/ je trouve que il y a ce qu'on voit dans un écran et ça n'a rien à voir avec une consultation avec la richesse de ce que l'on peut entendre, percevoir, comprendre, toucher, sentir parfois et pour moi ce n'est pas de la bonne médecine/ souvent ceux sont des patients qui sont soit déments, soit ils ont un ralentissement moteur ou psychique ou les deux, déjà rien qu'en présentiel c'est compliqué de se faire entendre, alors en distanciel, je n'ose imaginer s'il faut faire du téléphone arabe avec l'infirmière ou l'auxiliaire qui est là, on va perdre du temps
MG 2	Pour moi, la médecine c'est la proximité. Je ne pense pas du bien de la téléconsultation, particulièrement pour les personnes âgées où ça communique très mal, j'ai choisi la médecine générale parce qu'il y a plus de contacts, ce n'est pas pour se retrouver 40 ans après devant un écran pour communiquer, il y a un problème. C'est une démarche qui n'est pas très cartésienne./ On fait médecine générale parce qu'on aime bien communiquer, on aime caresser les cheveux d'une vieille femme, regarder dans les yeux, ça on ne peut pas le faire avec un écran.
MG 3	Je ne peux pas faire un palpé abdominal à distance. Mais je peux demander à l'infirmière d'appuyer sur le ventre à ma place mais après ça, toujours se fixer les limites de bonnes pratiques médicales/ ça doit être ponctuel ou tout au moins pas uniquement, d'ailleurs je pense que c'est dans la charte de télécs où il est recommandé de ne pas faire plus de 20% de son activité en télécs / Pour moi, ça n'est pas une avancée, en aucun cas, c'est un moyen qui se développe avec la modernité et qui est sans doute nécessaire du fait de la pénurie de médecins, de personnel soignant, moyennant quoi ça peut être une très bonne béquille, quelque chose de salutaire dans les circonstances/ Je pense que ça peut être un appoint mais c'est important le moral des patients en ehpad, donc la présence du médecin la plupart du temps reste bienvenue
MG 4	il faudrait que les ides aient en ehpad un minimum de formation en clinique
MG 5	il ne faut pas que cela fasse perdre pied avec les patients(...) je pense que c'est important qu'ils voient ma tête(...) il ne faut pas que l'on perde pied avec le soin
MG 6	on peut pas examiner les gens donc ça limite grandement les indications (...) L'inconvénient c'est clairement l'échange avec les patients ça anonymise un peu la relation qui est moins humaine (...) c'est surtout sur le plan relationnel que ça peut avoir des freins après il y a la question de la sécurisation des données mais on a des logiciels maintenant (...) la limite c'est la qualité de l'image
MG 7	Pour regarder de plus près c'est difficile avec la définition de l'écran c'est pas pareil avec un appareil photo. Personnes âgées aiment quand on va les voir ; elles sont contentes de nous voir ; il y a une présence un peu physique, il y a un contact, on prend de ses nouvelles même si elle n'a rien. Téléconsulter, c'est pas tout à fait pareil, c'est un peu impersonnel. Il y aura encore palper un ventre la téléconsultation c'est bien mais il ne faut pas que ça bugue
MG 8	· Après, la palpation, je ne vois pas très bien · Tout ce qui est digestif, Infectieux, j'ai un gros doute. Je n'arrive pas à laisser quelqu'un palper à ma place. C'est quand même ma responsabilité. Il faudrait que ce soit un peu plus stable ; tout est vraiment complètement instable. Je ne vois pas comment on peut mettre quelque chose de pérenne en place si on a plein d'intérimaires qui viennent et qui partent, Si elles viennent pour 2 jours et repartent. On va pas leur imposer en plus la téléconsultation. Elles sont déjà obligées de s'habituer au lieu. cela ne me paraît pas raisonnable. Le seul frein, c'est que je me dis que sous prétexte d'avoir la téléconsultation qu'on n'y aille plus du tout parce que les personnes âgées ont besoin de nous voir
MG 9	Nous sommes assez nombreux, les EHPAD sont à proximité. Pour les infirmières, ce serait un travail supplémentaire. il faut que le personnel ait le temps c'est au niveau du reste du personnel qu'il y a un surcroît de travail...C'est des contraintes supplémentaires. Et j'imagine que la gestion de ces contraintes, ce n'est pas si évident que ça
MG 10	Juste derrière un écran, juste un paramètre, pour moi il manque un côté humain. Ce que j'aime c'est la relation avec les gens . Donc derrière à l'écran je me fais un peu suer.
MG 11	Donc, ça c'est un vrai problème, l'interopérabilité des logiciels ou du moins, l'accès ou le doublon

	la téléconsultation
	leviers
MG 1	La tc ça pourrait être confortable mais à condition que les interlocuteurs en face ils aient le temps, qu'ils puissent avoir une télécs dans un bon environnement, que tout aille bien et en ce moment c'est pas le cas/ D'avoir un hôpital local dynamique avec des confrères accessibles, parce que on veut faire une télécs mais là on en est au stade où on ne peut même pas les avoir au téléphone les confrères/ Je pense que la télécs peut être une avancée dans un système qui fonctionne. Et là le système il est en mode dégradé depuis quelques temps, et il va l'être encore plus et donc j'ai peur qu'on ait à faire à un gadget, un pansement sur une jambe de bois, / Il faut que les infirmières soient dans de bonnes conditions pour que ça se passe bien, sereinement,
MG 2	Honnêtement il faut sensibiliser les médecins, faut faire du porte à porte / personne n'est venu nous dire voilà ça se passe comme ça. Je pense qu'une après-midi de sensibilisation mais en présentiel avec des humains où on pourra manipuler et voir comment ça marche concrètement.
MG 3	Je pense que les gens qui s'occupent de l'organisation de la santé en France actionnent sans doute des leviers pour le développer puisque on fait face à la pénurie de médecins, donc si tout est prévu pour que ça se déroule facilement, en mettant en jeu la compétence des différents intervenants ça pourrait rendre des services, si c'est bien développé. / Des mesures techniques de qualité, c'est-à-dire une bonne visibilité du patient, une bonne connexion internet, la présence d'un personnel de santé pour nous relayer puisque là on a à faire à des personnes âgées qui peuvent mal entendre, qui ne sont pas habitués aux techniques modernes, donc un bon relai local, et puis le classeur informatif sur par exemple les données biologiques du patient seraient à disposition grâce au personnel de santé présent/ mais il faut sans doute que les médecins qui pratiquent la télécs soient formés pour que ça leur semble simple à eux aussi
MG 4	
MG 5	
MG 6	ça peut permettre aux ides de nous solliciter plus facilement pour des petites choses (...) introduire un temps défini et puis se mettre d'accord en terme d'organisation entre nous et les ides notamment avec l'idec pour mettre ça en place le temps le lieu le matériel
MG 7	Pour interroger les patients sur leur pathologie s'il y a une pathologie, tu peux toujours demander aux infirmières ; les infirmières prennent la tension, la température ...elles font plein de choses. On n'est plus assez nombreux. Après il y a la limite matérielle. Je pense que ça ne sera plus un problème. Ils savent tout faire. Je pense que ça sera plus en plus précis. On fera plus en plus de choses. La nouvelle génération de médecins ne veut plus se déplacer
MG 8	C'est plus facile à gérer de cette manière-là sans se déplacer tout le temps- assister à une télé consultation par exemple avec un dermato? Ah oui, je trouve ça intéressant, tu profites de l'expérience. C'est formateur pour toi en même temps, avec une discussion possible. Je pense que les médecins généralistes ne sont pas contre, la plupart. À partir du moment où tout le monde a envie de le faire et si il y a un personnel sur place pour s'en occuper, un coordinateur qui a envie de le mettre en place, des finances pour le financer/ Il faudrait qu'il trouve un équilibre dans la gestion du personnel...il faut quand même qu'il y ait une certaine stabilité pour pouvoir faire quelque chose de chouette, utilisable.
MG 9	ce serait peut-être encore mieux pour éviter de nous déplacer particulièrement facilité par le fait qu'on ait du personnel soignant sous la main par rapport à des téléconsultations au domicile des patients. Equipe formée, Il faudrait des outils : un truc, genre qui se déplace sur roulettes avec tous les outils dessus et qu'une infirmière puisse aller au lit du patient et convenir d'horaire avec le médecin lorsque les médecins sont loin de la maison de retraite Il faudrait déjà que le personnel soit formé et qu'il soit d'accord et qu'il ait le temps un médecin qui n'a pas besoin de se déplacer : le problème des maisons de retraite c'est surtout le déplacement aussi
MG 10	moi, j'ai plutôt des freins avec ça Donc je n'ai pas tellement envie de trouver des leviers pour la développer
MG 11	Il faut en face une infirmière ou un intervenant qui maîtrise bien la technique

	La téléconsultation	
	matériel	financement
MG 1	Si par contre moi on me met à disposition quelques outils que je peux actionner notamment lors de ces fameuses visites trimestrielles pour renouveler, pour faire l'état des lieux de vois où on en est sur le plan général et tout, pourquoi pas, notamment chez les patients difficilement déplaçables/	si c'est officialiser le fait qu'on passe un coup de téléphone pour gérer une situation, oui on le code jamais, mais on fait pas de la médecine que pour des actes, l'idée c'est de soigner des gens, après la sécu donne des forfaits aussi pour gérer les personnes âgées
MG 2		
MG 3	maintenant il y a des moyens modernes on peut envoyer un ecg et puis le lire à distance, il y a des sociétés de plateforme de télécs qui ont des instruments même, entendre un cœur etc...	
MG 4		
MG 5		je ne sais pas si un ehpad pourrait nous rémunérer pour ça car tous les sous sortent de leur poche c'est une prise en charge globale c'est sûr que si on facture tous les coups de fil où on résout des choses ça risque de couter cher à l'ehpad (...) je pense que d'assister aux transmissions avec les soignants serait plus enrichissant que les 35 euros
MG 6	il aurait fallu que les gens aient une bonne caméra un bon système vidéo pour être efficace	
MG 7	J'ai un stetho connecté, c'est ahurissant ce que tu peux faire même enregistrer sur mon téléphone portable ; si je fais une auscultation je peux enregistrer un souffle. C'est intéressant, c'est pas mal mais bon, ça sert à quoi? tu peux avoir un chariot mobile avec un ordi, que tu peux le déplacer dans les chambres - avoir des locaux dédiés à la téléconsultation	
MG 8	- le stéthoscope te retranscrit les bruits du cœur de façon assez fidèle d'après ce que j'ai entendu. L'otoscope pareil, regarder une gorge ou faire des photos c'est assez fidèle, assez efficace comme moyen	Le côté financier, je ne le maîtrise pas. Mais il y a sûrement des aides diverses et variées.
MG 9	- stéthoscope connecté ou par exemple un otoscope- si on peut avoir un stéthoscope numérisé et l'électro Il faut du matériel lil faut taper ta consultation sur ordinateur. Je ne sais pas comment se passerait la traçabilité. Est-ce que le médecin aurait accès au dossier de son cabinet,	que les consultations soient payées.
MG 10	j'étais souvent confrontée des problèmes techniques, problèmes de son ou de chez moi ou chez le patient. Problème de connexion Internet	
MG 11	Il faut que ce soit une téléconsultation assistée en EHPAD [...] Je pense que la plupart ne sont pas capables de l'utiliser eux-mêmes	nous, on paye l'outil mais il y a peut-être des médecins qui ne veulent pas le payer...

	le temps	
	gain	perte
MG 1	Alors oui on va gagner du temps pour pas se déplacer mais on va en perdre parce que on n'aura pas l'examen qu'on veut faire et l'intelligibilité qu'on souhaitera, donc je préfère me déplacer/la tc ça pourrait être confortable mais à condition que les interlocuteurs en face ils aient le temps/ Il faut nous dégager du temps. Moi j'ai passé deux heures ce matin à faire des papiers et à appeler, des papiers qui parfois sont nécessaire et parfois....	Je pense que là pour le coup, dans les ehpad l'outil informatique est peut-être générateur de plus de perte de temps que j'entends bien qu'il y a des critères de qualités, qu'il faut tout tracer etc mais à un moment donné on est dépendant d'un ordinateur et on perd du temps à ça au lieu de passer du temps aux soins./Il y a des ehpad où malheureusement ils ont à faire à pas mal d'intérimaires, donc ils ont pas une vision globale du patient, donc du coup pareil, il y a une perte d'informations, une perte de temps
MG 2	Pour améliorer de suivi de mes patients en ehpad, j'aimerais avoir plus de temps et participer aux réunions de coordination hebdomadaires,	Avant-hier je reçois un malade qui a un suivi de prostate avec suspicion d'affection maligne, il a eu une téléconsultation avec l'urologue qui lui a demandé de refaire un bilan et de le voir en présentiel dans deux mois, c'est tellement plus simple de voir le malade et de faire un toucher rectal et de faire l'écho dans la foulée, là c'est une perte de temps./ si c'est pour bloquer encore une à 3 heure de télécs et empiéter sur mon heure de déjeuner ou de repos, je me dis il faut pas déconner... ce sera une pression de plus/
MG 3		les visites à domicile dans un EHPAD c'est beaucoup plus de temps qu'une visite standard / l'aspect chronophage d'une visite en ehpad, c'est-à-dire que quand on se présente dans un ehpad, en tant que médecin libéral on doit d'abord trouver le patient qui n'est pas toujours dans sa chambre, ensuite il faut qu'on trouve l'infirmière pour avoir éventuellement quelques informations, ensuite il faut se rendre dans le local qui peut abriter la cs, ça peut être la chambre du patient ou alors un local de cs dédié, et puis il faut reconduire le patient ou pas selon que le personnel est disponible et ensuite dans quelques cas il y avait la nécessité de consigner sur un classeur ou, « pire » je dirai dans un ordinateur, le compte-rendu de la cs, voire réaliser les prescriptions par ces moyens...le personnel est parfois bien sûr très occupé et il peut pas attendre ou conseiller.
MG 4	On a toujours le temps d'aller voir les patients en ehpad	
MG 5		
MG 6	un gain de temps pour certaines choses (...)/ faire gagner du temps de transport et c'est du temps médical qui est augmenté	Le truc qui me fait râler tout le temps c'est le logiciel, il est pas du tout intuitif, je passe plus de temps quelque fois à chercher comment prescrire..
MG 7	Avec la téléconsultation, on est là à 10 minutes- un quart d'heure pour régler le problème quand c'est pas une urgence vitale. A ce niveau-là, je pense que ce sera super/ C'est sûr, avec la téléconsultation, on pourrait voir certains problèmes rapidement./ La tc je pense que ça va être obligé de monter, de se développer, on n'est plus assez nombreux, on n'a pas le temps toujours d'y aller./ Maintenant, les jeunes médecins ils veulent plus de temps pour eux,/	Y'a des réunions de coordination, je pense que c'est utile évidemment mais c'est vrai que matériellement, on n'a pas le temps d'y aller.
MG 8	ce serait un gain de temps. Un gain de temps net	Quand je dois m'en occuper les prolongations de traitement et tout ça, ça me pourrait toute une après-midi. Tu as l'impression que cela serait plus rapide parce qu'ils sont au même endroit. C'est moins rapide qu'une consultation au cabinet / Je n'ai que 2 demi-journée pour faire les visites, il faut arriver à gérer son temps./ On manque de temps pour s'occuper de tous les patients qui se présentent,
MG 9	c'est évidemment le temps.	Il faut que le personnel ait le temps
MG 10		J'ai toujours pris le temps de passer voir l'équipe, prendre des nouvelles du patient.
MG 11	Donc l'expérience que j'en ai est intéressante parce que, pour nous, c'est un gain de temps. [...] Le fait qu'il n'y ait pas à accueillir le patient, à le déshabiller, à faire les papiers etc., tout ça, c'est quand même un gain de temps/ Ca me paraît une nécessité de développer la tc puisqu'on a de moins en moins de temps médical	Le manque de temps m'oblige à réduire mon temps de visite/ les demandes des infirmières ne sont pas forcément organisées

Annexe 3

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation portant la polyclinique mobile TokTokDoc

Séance du 30 septembre 2019

Le comité technique de l'innovation en santé a été saisi pour avis le 16 juillet 2019 sur le projet d'expérimentation Polyclinique mobile TokTokDoc porté par la société NEMO HEALTH S.A.S. et proposant la mise en place d'un parcours de santé dédié notamment aux soins de spécialistes par le biais de la télémédecine et une équipe mobile dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Après un premier examen de la lettre d'intention en séance du 6 juin, une séance d'accélérateur le 2 juillet, un examen du cahier des charges le 3 septembre, le comité technique a rendu son avis le 30 septembre.

Les EHPAD peuvent constituer des zones enclavées et fragilisées en termes d'accès aux soins, notamment spécialisés. Leurs populations sont généralement dépendantes, polyopathologiques, et peu mobiles. Les professionnels de santé spécialisés en sous-démographie, ne se déplacent généralement pas au chevet de ces patients. L'usage de la télémédecine est souvent présenté comme une réponse adaptée à ces difficultés. Toutefois, il est constaté sur le terrain un usage de la télémédecine faible et les motifs évoqués sont nombreux : peu d'infirmiers formés, rompus à la télémédecine, turn-over important des professionnels formés, temps de soins contraint, difficultés organisationnelles et de coordination avec les acteurs libéraux et hospitaliers.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de créer un parcours de santé dédié en EHPAD grâce à la télémédecine par une organisation comparable à celle d'une équipe mobile (mise à disposition d'expertise tout en acculturant les professionnels soignants de proximité). Elle repose sur une offre complète et unifiée de soins notamment de spécialité en télémédecine.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Au titre de la finalité : Le projet soumis est recevable en ce qu'il constitue une amélioration de l'accès aux soins de l'offre de spécialistes dans les établissements accueillant des personnes âgées en situation de dépendance. Il repose également sur la mise en place d'un parcours de soins, confié à un acteur qui fédère et coordonne l'équipe autour du patient, y compris son médecin traitant et ses médecins spécialistes habituels.

Au titre de la dérogation : Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux règles des conventions nationales des médecins libéraux (article L162-5 du code de la sécurité sociale), et des infirmières libérales (L 162-12-2 du code de la sécurité sociale).

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application du projet est régional. Il est mis en œuvre dans 18 EHPAD situés en région Grand Est.

Durée de l'expérimentation

La durée d'expérimentation est fixée à 34 mois incluant 4 mois de phase préparatoire,

une phase pilote de 12 mois dans 8 EHPAD du département du Bas-Rhin pour éprouver le modèle organisationnel et valider le modèle économique, et une extension les 18 derniers mois jusqu'à 18 EHPAD de la région Grand Est.

Modalités de financement

Cette expérimentation repose sur un modèle de financement qui se substituera au paiement à l'acte en proposant une rémunération forfaitaire et une part d'intéressement :

1. Un montant unique à l'admission, par patient bénéficiaire (50€);
2. Un montant forfaitaire mensuel en post-admission, par patient bénéficiaire (forfait tout compris fixé à 130€);
3. Un intéressement collectif lié à la performance (rétrocession d'économies générées), qui vise à inciter l'ensemble des acteurs (polyclinique mobile, établissements médico-sociaux et médecins traitants) à maximiser les impacts médicaux et économiques. Établi annuellement et sur la base d'une rétrocession de 50% des économies effectivement relevées par l'Assurance maladie, il est alors partagé selon une clé de répartition fixée par TokTokDoc déduite de l'engagement respectif des acteurs. En cas d'absence d'intéressement, le versement d'un forfait complémentaire de 20€ est prévu.

Sur la base de la file active prévisionnelle 1 374 patients, le besoin de financement au titre du FISS du projet est compris entre 4,6 M€ et 8,1M€ avec une hypothèse haute d'économies attendues de 12,3 M€ pour toute la durée de l'expérimentation. En fonction de la montée en charge des patients inclus dans l'expérimentation, le besoin de financement minimum est respectivement estimé à 0,9 M€, 2,4M€ et 1,2 M€ pour les années 2020, 2021 et 2022. A ce financement, s'ajoutent 158 000€ au titre du FIR pour l'année 2019 finançant l'ingénierie et l'amorçage du projet.

Enfin, en fonction des travaux qui seront menés sur la question de la participation des assurés dans le cadre des organisations innovantes, le comité technique de l'innovation en santé pourra demander la modification, en cours d'expérimentation, du cahier des charges sur cet aspect.

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

L'objectif de cette expérimentation est clair et la durée d'expérimentation, prévue sur 34 mois, 3 ans, est suffisante pour permettre d'observer les effets attendus.

L'évaluation cherchera notamment à répondre aux questions suivantes :
L'expérimentation a-t-elle permis d'améliorer l'accès aux soins en secteur médico-social ? Le suivi des patients polypathologiques et peu mobiles est-il meilleur ? Est-ce que le dispositif améliore la qualité de vie des patients ? Quels sont les effets du dispositif sur l'évolution des rôles et fonctions des professionnels de santé ? Quel est l'impact de l'expérimentation sur les dépenses de santé (diminution des hospitalisations évitables ou inappropriées, diminution du recours aux urgences sans hospitalisation, réduire la durée moyenne de séjour, agir sur la polymédication et sur la iatrogénie) ? L'expérimentation est-elle reproductible ?

Pour ce faire, l'évaluation reposera en particulier sur un volet qualitatif (entretiens patients, professionnels de santé...) dans la région Grand Est, ainsi qu'un volet quantitatif reposant essentiellement sur le suivi d'indicateurs recueillis dans le cadre de

l'expérimentation (taux de recours aux urgences sans hospitalisation consécutive, nombre de téléexpertises par spécialité, taux de prévalence des poly-médications, taux de patients avec des symptômes dépressifs...).

Avis sur le projet d'expérimentation :

- *faisabilité opérationnelle* : Piloté par un acteur reconnu dans la région (TokTokdoc) et dont la capacité à mettre en place l'organisation proposée, en raison des liens déjà

établis avec les EHPAD et les médecins spécialistes du territoire d'expérimentation, constitue un gage de faisabilité opérationnelle.

- *caractère efficient* : Le lien entre le développement de la télémédecine et un meilleur accès aux soins et donc une meilleure santé (en général) des personnes âgées est largement reconnu, même si la télémédecine peine encore à se développer dans certains territoires. C'est pourquoi une partie du modèle de financement proposé repose sur la rétrocession d'une partie des économies qui seront générées, l'efficacité économique étant alors au cœur du modèle économique de ce projet. Selon les hypothèses du porteur, les économies générées seraient de l'ordre de 12 M€ pendant la durée de l'expérimentation.

- *caractère innovant* : Le projet est innovant dans la mesure où l'organisation mise en place permet la maîtrise de la chaîne de soins et la coordination des acteurs en EHPAD, en mettant à disposition une équipe d'infirmiers qui auront en charge la coordination et le recours à la télémédecine auprès des spécialistes pré-identifiés, en coordination avec le médecin traitant mais également avec le médecin coordonnateur, mais auront également pour mission d'acculturer les personnels des EHPAD participant à l'expérimentation. Il est également innovant à travers les modalités de financement forfaitaires proposées qui se substituent au paiement à l'acte.

- *reproductibilité* : Grâce aux opportunités offertes par la télémédecine, le modèle sera répliquable à la condition de la mise en place d'un service territorial de proximité, adossé aux organisations territoriales de santé (de type CPTS, MSP, ...), et, le cas échéant, par les recours à des médecins requis (ou téléconsultants) de proximité.

Sur la base de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation de l'expérimentation proposée par la policlinique TokTokDoc, par le directeur de l'Agence régionale de santé Grand Est dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse
Générale

Direction Générale

ARRETE ARS n°2019-2778 du 09/10/2019

**Portant autorisation de l'expérimentation innovante en santé intitulée
« Polyclinique mobile TokTokDoc »**

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est**

VU la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

VU le décret en date du 8 décembre 2016 portant nomination de Monsieur Christophe LANNELONGUE en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est ;

VU le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

VU la circulaire N° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

VU l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 30 septembre 2019 concernant le projet d'expérimentation dénommé « polyclinique mobile TokTokDoc » ;

VU le cahier des charges sur l'expérimentation article 51 portant la polyclinique mobile TokTokDoc annexé.

ARRETE

Article 1 :

L'expérimentation innovante en santé intitulée « Polyclinique mobile TokTokDoc » et portée par la société NEMO HEALTH S.A.S. est autorisée sur le territoire du Grand Est à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe.

Article 2 :

La durée d'expérimentation est fixée à 34 mois incluant 4 mois de phase préparatoire, une phase pilote de 12 mois dans 8 EHPAD du département du Bas-Rhin pour éprouver le modèle organisationnel et valider le modèle économique, et une extension les 18 derniers mois jusqu'à 18 EHPAD de la région Grand Est, extension décidée dans les conditions prévues par le cahier des charges en annexe.

Article 3 :

La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence régionale de santé et assurance maladie).

Article 4 :

Le Directeur de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'intéressé et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

Article 5 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site

Le Directeur Général de l'ARS Grand Est

Christophe LANNELONGUE

- générer et transmettre à l'assurance maladie, des données de suivi des patients intégrés dans les protocoles Asalée.

La marche à suivre

Pour obtenir les informations utiles et faciliter le montage de votre dossier (la candidature d'une structure demande un aménagement particulier - notamment le dossier ne peut être déposé sur le site réservé aux professionnels libéraux)

vous devez contacter soit l'association Asalée au 06 13 01 76 25 et contact@asalee.fr soit de l'agence régionale de santé.

- Le centre de santé doit effectuer une [demande d'adhésion au protocole auprès de l'ARS](#), dans les formes prévues par l'[arrêté du 31 décembre 2009](#). Le dossier complet est déposé sur le site ARS dédié aux [coopérations entre professionnels de santé](#).
- L'ARS instruit la demande :
 1. vérifie la complétude du dossier conformément à l'arrêté du 31 décembre 2009 précité et la faculté des demandeurs (diplômes requis, etc.), en vue de l'enregistrement de la demande ;
 2. transmet la demande et le dossier, dès qu'il est complet, à l'association Asalée.
- L'association Asalée finalise l'instruction, en vérifiant notamment la compatibilité de l'inclusion des professionnels avec le volume de déploiement autorisé à l'article 6 de la convention nationale et informe l'ARS en retour.
- L'ARS procède à l'inscription des professionnels de santé dans le protocole Asalée, sur le site [COOPS-PS](#) et notifie cette inscription au professionnel par courrier, adressé en copie à l'association Asalée.

Les informations pratiques pour adhérer au dispositif Asalée

[http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/protocole autorise/Adhesion-informations_pratiques.pdf](http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/protocole_autorise/Adhesion-informations_pratiques.pdf)

PRATIQUE AVANCÉE VOUS VOUS Y METTEZ QUAND ?

400
INFIRMIERS

EN RÉSUMÉ

OUVRIRE DE NOUVELLES
QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES
ET ACCROÎTRE L'AUTONOMIE D'ACTION

LUTTER CONTRE LA DÉSSERTIFICATION
MÉDICALE DE CERTAINS TERRITOIRES

ACTUELLEMENT EN FORMATION

16 UNIVERSITÉS RÉPARTIES
DANS 8 RÉGIONS

LES 1^{ERS} INFIRMIERS EN EXERCICE
À PARTIR DE 2020

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Avec la pratique avancée, les professionnels infirmiers élargissent leurs compétences dans le champ clinique. **Demain, une fois formés, ils pourront renouveler, adapter voire prescrire des traitements ou des examens, assurer une surveillance clinique, mener des actions de prévention ou de dépistage.**

Ceci se fera en accord avec des médecins qui leur confieront le suivi de certains de leurs patients dont l'état de santé est stabilisé. Et à condition d'exercer au sein d'une équipe de soins (par exemple en maison ou centre de santé, en établissement hospitalier ou médico-social).

En plus de réduire les délais d'accès à une prise en charge, la pratique avancée est une **nouvelle réponse pour accompagner l'évolution des besoins de santé de la population**, notamment ceux liés aux maladies chroniques et au vieillissement.

PRATIQUE AVANCÉE VOUS VOUS Y METTEZ QUAND ?

POUR QUELLE FORMATION ?

Se former à la **pratique avancée** nécessite au minimum **3 ans d'exercice**.

La **formation – qualifiante** – est organisée autour d'une 1^{ère} année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une 2^{ème} année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie : **soit pathologies chroniques stabilisées et poly-pathologies courantes en soins primaires, soit oncologie et hémato-oncologie, soit maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale.**

Dès la rentrée 2019-20, la pratique avancée s'ouvrira à **la santé mentale et la psychiatrie.**

Au terme de sa formation, l'infirmier précise la mention choisie puis, une fois diplômé, est reconnu au grade universitaire de master.

OÙ EN EST-ON ?

Les premières promotions d'infirmiers en pratique avancée sont entrées en formation en 2018 : sur les 400 étudiants, plus de 70 ont intégré directement la 2^{ème} année. Les futurs diplômés se déploieront sur le terrain pour certains dès l'année prochaine, pour les autres dans les 2 ou 3 prochaines années. L'objectif est ambitieux puisqu'il table sur **la formation de plus d'un millier d'infirmiers en pratique avancée d'ici 2021.**

Il ne s'agit que d'une première étape : à terme, la pratique avancée sera étendue à d'autres prises en charge et à d'autres professions paramédicales.

ET À L'HÔPITAL ?

De fait, la pratique avancée infirmière est aujourd'hui plus répandue en établissement de santé : en effet, les paramédicaux ont davantage l'habitude de travailler en équipe, en lien avec des médecins qui leur délèguent le suivi de certains patients.

Pour autant, **le dispositif a été pensé pour se déployer également en ville** : cela, dans le cadre privilégié des équipes de soins primaires ou en appui d'un médecin spécialiste, hors soins primaires.

Plus d'Informations

WWW.SOLIDARITES-SANTE.GOUV.FR PUIS « L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE »



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS