

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N°084

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'Études Spécialisées de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Gwénaëlle GABORIEAU

née le 24 septembre 1983 à SAINT-NAZAIRE (44)

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2012

Ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée

Président : Monsieur le Professeur BERRUT Gilles

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DRÉNO Patrick

Membres du Jury : Monsieur le Professeur POTEL Gilles

Madame le Professeur LACAÏLLE Jacqueline

Monsieur le Docteur DRÉNO Patrick

Table des matières

INTRODUCTION	7
LA TÉLÉMÉDECINE.....	10
1) DÉFINITIONS.....	11
1.1. La télémédecine.....	11
1.2. Les différents actes de télémédecine	12
1.2.1. La téléconsultation.....	12
1.2.2. La téléexpertise	12
1.2.3. La télésurveillance médicale.....	12
1.2.4. La téléassistance médicale.....	13
1.2.5. La régulation médicale	13
1.3. La télésanté.....	13
2) HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE.....	14
3) LA TÉLÉCONSULTATION EN FRANCE.....	16
3.1. L'expérience pilote de la région Midi-Pyrénées.....	16
3.2. Le Réseau d'Urgences Neurologiques en Franche-Comté	17
3.3. La téléconsultation en Unité de Dialyse Médicalisée en Bretagne	18
3.4. Le projet Télégéria en Ile-de-France	18
3.5. Les « e-valises » dans le département des Alpes-Maritimes	20
3.6. La téléconsultation de suivi de plaies chroniques en Côtes d'Armor	20
3.7. La téléconsultation d'urgence dans le cirque de Cilaos à la Réunion.....	21
3.8. La téléconsultation en psychiatrie	22
3.9. La téléconsultation en établissement pénitentiaire	22
4) LES LOIS ENCADRANT LA TÉLÉMÉDECINE.....	24
4.1. Les lois existantes en dehors du cadre de la télémédecine sont toujours valables.....	24
4.2. La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 précise le cadre de la télémédecine.....	25
4.2.1. L'article 78 définit la télémédecine.....	25

4.2.2.	<i>L'article 51 évoque les coopérations entre les professionnels de santé.....</i>	25
4.2.3.	<i>Les articles 22 et 23 visent à favoriser les coopérations entre établissements de santé .</i>	26
4.2.4.	<i>Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine</i>	26
4.3.	Les lois encadrant les systèmes d'informations et technologiques.....	27
4.3.1.	<i>La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.....</i>	27
4.3.2.	<i>Le Dossier Médical Personnel.....</i>	28
4.3.3.	<i>L'ASIP Santé : l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé.....</i>	28
4.3.4.	<i>La responsabilité du tiers technologique</i>	29
4.4.	La situation en Europe.....	30
LE PROJET TÉLÉMÉDINOV.....		31
1)	L'HISTOIRE DU PROJET.....	32
2)	LA PREMIÈRE PHASE DE L'EXPÉRIMENTATION	32
3)	LES CARACTÉRISTIQUES DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT.....	33
4)	LES TÉLÉCONSULTATIONS MISES EN PLACE A LA DATE DU DEUXIÈME ENTRETIEN	33
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....		35
1)	MATÉRIEL	36
1.1.	Le matériel utilisé pour les téléconsultations.....	36
1.1.1.	<i>Au niveau du site local.....</i>	36
1.1.2.	<i>Au niveau du site distant</i>	38
1.1.3.	<i>La liaison entre les sites locaux et distants</i>	41
1.2.	Le matériel utilisé pour notre étude	41
2)	MÉTHODE.....	42
2.1.	Présentation de la méthode du focus group	42
2.1.1.	<i>Son but</i>	42
2.1.2.	<i>Son histoire</i>	42
2.1.3.	<i>Ses avantages.....</i>	42
2.1.4.	<i>Ses limites</i>	42
2.1.5.	<i>Son déroulement.....</i>	43

2.1.6.	<i>Son analyse</i>	43
2.2.	La méthode du focus group pour notre étude	43
2.2.1.	<i>Le choix des participants</i>	43
2.2.2.	<i>Le déroulement des focus group</i>	44
2.2.2.1.	Le premier focus group	44
2.2.2.2.	Le deuxième focus group	45
2.2.3.	<i>L'analyse des focus group</i>	45
RÉSULTATS.....		46
1)	PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	47
2)	LES TÉLÉCONSULTATIONS RÉALISÉES.....	47
3)	RESSENTI CONCERNANT LE MATÉRIEL DE TÉLÉCONSULTATION	48
3.1.	Avant l'expérimentation	48
3.1.1.	<i>Les appréhensions</i>	48
3.1.2.	<i>Ce qui ne génère pas d'appréhension</i>	48
3.2.	Deux mois après le début de l'expérimentation.....	49
3.2.1.	<i>Le ressenti général</i>	49
3.2.2.	<i>L'image</i>	50
3.2.3.	<i>Le son</i>	51
3.2.4.	<i>Les dispositifs médicaux</i>	52
3.2.5.	<i>Les pannes</i>	54
3.2.6.	<i>La formation</i>	54
4)	RESSENTI CONCERNANT LES NOUVELLES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	55
4.1.	Avant l'expérimentation	55
4.1.1.	<i>Les médecins</i>	55
4.1.1.1.	Les appréhensions	55
4.1.1.2.	Les particularités décrites	56
4.1.2.	<i>Les assistantes de télé médecine</i>	57
4.1.2.1.	Les appréhensions	57

4.1.2.2.	Les particularités décrites	58
4.2.	Deux mois après le début de l'expérimentation.....	60
4.2.1.	<i>Le médecin</i>	60
4.2.1.1.	Ressenti général	60
4.2.1.2.	L'examen clinique.....	60
4.2.1.3.	La délégation de tâches	61
4.2.1.4.	Le diagnostic	61
4.2.1.5.	Les avantages perçus.....	61
4.2.1.6.	Les limites perçues	62
4.2.1.7.	Le type de téléconsultation.....	62
4.2.2.	<i>L'assistante de télémédecine</i>	63
4.2.2.1.	Ressenti général	63
4.2.2.2.	L'examen clinique et le rôle de l'IDE	63
4.2.2.3.	Le transfert de compétences	64
4.2.2.4.	Le temps.....	64
4.2.2.5.	Les avantages perçus.....	64
4.2.2.6.	Les limites perçues	65
4.2.2.7.	Le type de téléconsultation.....	65
5)	RESSENTI CONCERNANT LE PATIENT	66
5.1.	Avant l'expérimentation	66
5.1.1.	<i>Les médecins</i>	66
5.1.2.	<i>Les assistantes de télémédecine</i>	67
5.2.	Deux mois après le début de l'expérimentation.....	67
5.2.1.	<i>Ressenti du médecin</i>	67
5.2.2.	<i>Ressenti de l'assistante de télémédecine</i>	68
	DISCUSSION.....	69
1)	ANALYSE DES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE	70
1.1.	Le matériel de téléconsultation.....	70

1.1.1.	<i>Généralités</i>	70
1.1.2.	<i>L'image</i>	72
1.1.3.	<i>Le son</i>	73
1.1.4.	<i>Les dispositifs médicaux</i>	74
1.1.5.	<i>Les pannes</i>	75
1.1.6.	<i>La formation</i>	75
1.2.	Les nouvelles pratiques professionnelles.....	77
1.2.1.	<i>Le ressenti général</i>	77
1.2.2.	<i>Le manque d'information et le volontariat</i>	77
1.2.3.	<i>Le rôle de l'assistante de télémédecine</i>	78
1.2.4.	<i>L'examen clinique</i>	79
1.2.5.	<i>La délégation de tâches</i>	80
1.2.6.	<i>Le transfert de connaissances</i>	80
1.2.7.	<i>Le diagnostic</i>	81
1.2.8.	<i>Le type de téléconsultation</i>	82
1.2.9.	<i>Le temps</i>	82
1.3.	Les patients.....	84
2)	LE CHOIX DE LA MÉTHODE DU FOCUS GROUP.....	85
3)	LES BIAIS DE NOTRE ÉTUDE.....	85
3.1.	Les biais liés aux participants.....	85
3.2.	Les biais liés à l'utilisation de la méthode du focus group.....	85
	CONCLUSION.....	86
	ANNEXES.....	89
1)	ANNEXE 1 : LES ABRÉVIATIONS.....	90
2)	ANNEXE 2 : LISTE DES FIGURES.....	91
3)	ANNEXE 3 : PREMIER FOCUS GROUP.....	92
3.1.	Questionnaire de présentation des participants.....	92
3.2.	Guide d'entretien.....	92

3.3.	Verbatim du premier Focus group.....	93
4)	ANNEXE 4 : DEUXIÈME FOCUS GROUP	105
4.1.	Guide d'entretien.....	105
4.2.	Verbatim du deuxième Focus group.....	106
	BIBLIOGRAPHIE.....	120
	RÉSUMÉ	132

INTRODUCTION

La télémédecine est en plein essor en France depuis quelques années. L'offre de soins sur le territoire français est actuellement répartie de façon inégale, les causes principales étant le développement des maladies chroniques en lien avec le vieillissement de la population, et l'évolution actuelle de la démographie médicale (1–6). Le **Conseil National de l'Ordre des Médecins** (CNOM), dans son livre blanc de 2009 (7), définit les **besoins auxquels peut répondre la télémédecine** :

- **Un meilleur accès aux soins** :
 - pour les populations ayant un accès difficile aux soins (dans les zones montagneuses, dans les îles, les populations en milieu carcéral, etc...),
 - en aidant les zones sous-médicalisées,
 - en économisant du temps médical (perte de temps lors des déplacements, etc...),
 - en apportant une aide aux diagnostics difficiles (pathologies rares, etc...),
 - en permettant une analyse plus rapide et une réponse plus adaptée aux situations d'urgence créant ainsi une plus grande égalité des « chances » quel que soit l'éloignement du patient (exemple de la thrombolyse dans l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)),
 - en limitant les déplacements de personnes fragilisées, avec tous les risques somatiques et psychiques qu'ils induisent (exemple des personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)).
- **La qualité des soins** : En assurant un meilleur accès aux soins, en favorisant la coopération des pratiques médicales et en facilitant le suivi à distance, la télémédecine permet de maintenir un niveau de qualité de soins et une meilleure qualité de vie sociale pour les patients.
- **La maîtrise des dépenses de santé** : La télémédecine peut contribuer à un ralentissement voire une diminution des dépenses de santé, tout particulièrement dans la prise en charge des maladies chroniques responsables de 60 à 80 % des coûts estimés. Mais le CNOM souligne d'emblée que les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ne sont que des outils supplémentaires au service de la médecine, qui est elle-même au service des malades. Leur mise en œuvre doit être exclusivement guidée par des besoins et une nécessité justifiées. La pratique de la télémédecine ne doit pas contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient.

Dans le but d'améliorer la qualité et l'accès aux soins, la qualité de vie des malades ou encore la réponse à un problème de santé publique, la **Direction Générale de l'Offre de Soins** (au sein du Ministère chargé de la Santé), a établi en mars 2011 une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, identifiant ainsi **5 chantiers prioritaires** en France (8,9) :

- la permanence des soins (PDS) en imagerie,
- la prise en charge de l'AVC,
- la santé des personnes détenues,
- la prise en charge des pathologies chroniques,
- les soins en structures médico-sociales (EHPAD) et en Hospitalisation À Domicile (HAD).

Le projet de télémédecine du Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan (CHLVO), nommé « TÉLÉMÉDINOV » pour « TÉLÉMÉDecine Interopérable Nord-Ouest Vendée », s'inscrit dans une des cinq priorités nationales du déploiement de la télémédecine. Il concerne, pour sa phase initiale de développement, la mise en place de téléconsultations avec des EHPAD. Nous sommes intéressés à ce projet dès son commencement, nous avons donc suivi les réunions concernant sa mise en place et son développement. Un des aspects marquant a été la réticence de nombreux spécialistes à l'utilisation de la télémédecine. Les données de la littérature concernant cette appréhension vis-à-vis des téléconsultations sont peu nombreuses, les études étant le plus souvent orientées sur le ressenti des patients, ou encore sur la comparaison téléconsultations/consultations en face-à-face. Par ailleurs, il est rapporté que l'acceptabilité des soignants concernant un projet de télémédecine est primordiale pour sa réussite, cette évaluation est donc indispensable(4,10,11).

L'objectif de notre étude était donc de nous intéresser au ressenti des soignants (médecins et assistantes de télémédecine) en lien avec les téléconsultations. Nous avons utilisé la méthode du focus group, permettant une analyse qualitative, avec réalisation de deux entretiens : un avant la mise en place des téléconsultations dans le but d'étudier les appréhensions des soignants, puis un deux mois après leur mise en place dans le but de confirmer ou non ces appréhensions et d'étudier le ressenti et l'acceptabilité des soignants.

Dans un premier temps, nous décrivons la télémédecine avec ses définitions et ses différents actes, son histoire, quelques exemples de projets de téléconsultations novateurs en France, ainsi que les lois qui l'encadrent. Il nous a semblé important de décrire ces éléments, la télémédecine étant une activité en plein essor, récemment clarifiée par les lois en France, et ses définitions ne sont pas encore bien connues. Ensuite, nous présenterons le projet TÉLÉMÉDINOV, puis nous détaillerons notre étude, avec description du matériel et de la méthode utilisée, présentation des résultats, et discussion de tous ces éléments.

LA TÉLÉMÉDECINE

1) Définitions

1.1. La télémédecine

Le mot « *télémédecine* » contient le préfixe grec « *télé-* » qui signifie « *à distance* ». Il s'agit donc d'une « *médecine à distance* ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la télémédecine en 1997 comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* »(1).

En 2003, le Dr Vincent HAZEBROUCQ donne une autre définition de la télémédecine : la télémédecine « *consiste à faciliter - sinon à permettre - la pratique à distance de la médecine grâce aux techniques modernes de télécommunication et de traitement d'informations numériques de tous types* »(12).

Le CNOM définit la télémédecine de façon plus précise en 2009 : « *La télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale* »(7).

Le Code de la Santé Publique (CSP) donne une définition légale de la télémédecine dans l'article 78 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009(13): « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.* »

1.2. Les différents actes de télémédecine

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine(14) définit les éléments qui relèvent de la télémédecine, à savoir « *les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les TIC* » :

- la téléconsultation,
- la téléexpertise,
- la télésurveillance,
- la téléassistance,
- la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

1.2.1. La téléconsultation

Définition : Elle « *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.* » (14).

Exemples : cf 3) La téléconsultation en France.

1.2.2. La téléexpertise

Définition : Elle « *a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.* »(14).

Exemples : Réunions de Concertations Pluridisciplinaires de cancérologie, transfert d'électrocardiogrammes (ECG) ou d'imagerie pour avis spécialisés, etc...

1.2.3. La télésurveillance médicale

Définition : Elle « *a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.* »(14).

Exemples :surveillance de la tension artérielle, du poids, des glycémies, etc... avec éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques et suivi à domicile (insuffisants cardiaques, insuffisants rénaux dialysés, diabétiques de type 1, etc...).

La télésurveillance médicale est à distinguer de la téléassistance sociale (7) qui met en œuvre des services à la personne en sécurisant, par exemple, le maintien à domicile (téléalarme,etc...).

1.2.4. La téléassistance médicale

Définition : Elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. »(14).

Exemples : téléchirurgie, télé-échographie, etc...

1.2.5. La régulation médicale

Définition : Constitue également un acte de télémédecine, « la réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 (15) et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 (16) »(14).

1.3. La télésanté

Il est nécessaire de distinguer la « télémédecine » de la « télésanté ». La télémédecine s'inscrit dans le vaste champ de la télésanté.

La **télémédecine** est la réalisation d'un acte médical à distance par des professionnels de santé, qui engagent leur responsabilité.Elle bénéficie d'un cadre légal et réglementaire.La télémédecine relève du champ exclusivement médical de la télésanté (17).

La **télésanté** est l'utilisation de technologies numériques au bénéfice de pratiques tant médicales que médico-sociales,au service du bien-être d'une personne (télémentorat pour rompre l'isolement des personnes âgées, etc...) (17). La télésanté englobe également toutes les applications, sites, portails, que l'on trouve sur internet et qui sont liés à la santé. Il n'y a donc pas d'intervention de professionnel médicaux, ni de réalisation d'actes médicaux. La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi un rapport sur l'évaluation de ces sites concernant la fiabilité de leur contenu (1,18,19).

Ces définitions données par la loi HPST du 21 juillet 2009 et le décret du 19 octobre 2010 sont propres à la France. Des appellations similaires sont utilisées dans les pays qui ont identifiés la télémédecine comme l'usage des TIC pour une pratique médicale clinique à distance en conformité avec la recommandation faite par l'OMS. Les autres pays incluent ces pratiques médicales à distance dans le vaste champ de l'« e-health » ou « telehealth » (17).

De nombreuses appellations sont utilisées en France, inspirées de celles d'origine anglo-saxonne, avec le préfixe « tele- » pour désigner la spécialité prise en charge par la télémédecine (tele dermatology, telecardiology, etc...), ou la pathologie ou le traitement qui en bénéficie (telestroke (AVC), teledialysis, etc...) (17).

2) Histoire du développement de la télémédecine

Dans toute l'histoire de la médecine, les médecins ont intégré dans leurs pratiques les innovations technologiques, dans le but d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patients. Ces nouvelles technologies ont conduit, à chaque fois, à de nouvelles façons d'exercer la médecine. Par exemple, l'invention du stéthoscope par René LAËNNEC en 1816, a permis d'améliorer considérablement la finesse de l'auscultation et la qualité du diagnostic. Il s'agissait en fait déjà de télémédecine, le médecin pouvant ausculter le patient en se plaçant à distance via un appareil de communication phonique (7).

Le terme de télémédecine peut également être employé avec l'invention du télégraphe puis du téléphone en 1876 par GRAHAM BELL. Les médecins pouvaient par exemple demander l'avis d'un confrère spécialiste via cette technologie de communication. Un ECG est transmis pour la première fois en 1906 par ligne téléphonique.

Le début de la télémédecine utilisant la communication visuelle remonte aux années 1960 aux Etats-Unis, avec la mise en réseau de programmes de téléconsultation et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute. En 1965, la première visioconférence en chirurgie cardiaque entre les Etats-Unis et la Suisse est réalisée. En 1973, le premier congrès international sur la télémédecine a lieu dans le Michigan(1).

Vers la fin des années 1970, des organisations et instituts spécialisés se trouvent confrontés à des problèmes d'accès aux soins concernant des personnes situées dans des lieux

inaccessibles ou difficilement accessibles. Ils développent alors des programmes de recherche via les liaisons satellites. Quelques exemples(1,4) :

- la NASA (National Aeronautics and Space Administration) : programmes de télé-médecine pour garantir la surveillance médicale et la santé des astronautes,
- l'armée américaine : systèmes de télé-assistance pour délivrer les premiers soins aux blessés sur les champs de bataille du Vietnam.

La renaissance officielle de la télé-médecine date de la fin des années 1980 en Scandinavie. Une université de télé-médecine est créée à Tromsø en Norvège par le Professeur PEDERSON(1), avec le déclenchement d'un programme intitulé « access to health care services ». Devant le succès des projets norvégiens et la vulgarisation d'Internet, d'autres pays vont développer des programmes de télé-médecine.

En France, Le Professeur Louis LARENG est le premier à s'y intéresser. L'Institut Européen de Télé-médecine est créé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse le 10 juillet 1989. En septembre 2001, l'opération Lindbergh est mise en place avec la réalisation d'une intervention chirurgicale entre les villes de New York et Strasbourg (4).

Depuis 1995, la télé-médecine se développe de façon importante aux Etats-Unis. Deux champs d'expérimentations ont été privilégiés (1) :

- les prisons (notamment au Texas) : réduction des coûts de transport et amélioration de la sécurité,
- les zones rurales mal desservies : en particulier dans l'État de Géorgie confronté à des difficultés pour attirer des médecins dans certains secteurs géographiques isolés.

La télé-médecine s'est développée ces dernières années de façon importante grâce(1,4) :

- à une technologie plus évoluée, ainsi qu'à l'apparition et la généralisation des réseaux hauts débits,
- à la préoccupation des États en terme de politique de santé.

3) La téléconsultation en France

Ce chapitre n'a pas pour but de faire un état des lieux de tous les projets de téléconsultations, ceux-ci étant nombreux. Nous n'évoquerons que quelques exemples qui nous ont semblés intéressants par leur caractère novateur en France.

Fin 2011, 256 projets de télémédecine sont recensés en France (9,20,21) :

- 76% des projets s'inscrivent dans les 5 priorités nationales (26 % sur la prise en charge des maladies chroniques, 24 % sur la PDS en imagerie et 10 % sur la prise en charge de l'AVC),
- 44% des projets sont opérationnels,
- les actes de téléexpertise et de téléconsultation concernent trois quarts des projets (48 % de téléexpertise, 25 % de téléconsultation, 16 % de télésurveillance, et 10 % de téléassistance),
- la majorité des projets sont hospitaliers,
- les projets actuellement en conception sont davantage orientés vers une stratégie de déploiement régional que les projets déjà opérationnels,
- les trois quarts des projets de « prise en charge de maladies chroniques » concernent l'insuffisance rénale, la cardiologie, le cancer et le diabète.

3.1. L'expérience pilote de la région Midi-Pyrénées

Le Professeur Louis LARENG est le premier à s'intéresser à la télémédecine en France. Il débute l'expérience au CHU de Toulouse à la fin des années 1980. Le Groupement d'Intérêt Public Réseau Télémédecine Régional Midi-Pyrénées, dont il est le directeur actuel, est donc la structure qui possède la plus importante et la plus ancienne expérience française en télémédecine. La région Midi-Pyrénées, très étendue et avec des zones géographiques d'accès parfois difficile, a par ailleurs été reconnue région expérimentale en télémédecine dès 1993 par les pouvoirs publics(4,22).

En 1998, des téléconsultations ont débuté entre le CHU de Toulouse et une EPHAD. Le nombre de téléconsultations sur le CHU toutes spécialités confondues, est passé de 678 en 2001 à 2016 en 2007. Sur les 13 500 téléconsultations réalisées en 10 ans, 25 % concernaient un problème diagnostic, 25 % un problème à la fois diagnostic et thérapeutique, et 50 % un problème thérapeutique. Presque 50 % ont permis d'éviter un transfert vers le CHU de Toulouse(1,23).

3.2. Le Réseau d'Urgences Neurologiques en Franche-Comté

Le projet de Franche-Comté RUN-FC (Réseau d'Urgences Neurologiques en Franche-Comté) a été développé par le Professeur MOULIN au CHU de Besançon. Il s'agit du premier projet de télé-médecine en France concernant la prise en charge des AVC à la phase aiguë. L'objectif de ce projet est d'apporter une compétence neurologique aux hôpitaux qui n'ont pas de neurologue, permettant ainsi l'amélioration et l'optimisation de la prise en charge des pathologies neurologiques en situation d'urgence (principalement les AVC et les traumatismes crâniens) dans le cadre d'une coopération multidisciplinaire. En effet, le temps d'acheminement d'un patient atteint d'un AVC vers une Unité Neuro-Vasculaire (UNV) n'est pas toujours compatible avec la réalisation d'une thrombolyse lorsque l'indication est posée (17,23,24).

L'UNV du CHU de Besançon a été créée en 1987 (parmi les 5 premières en France). En 1999, la création formelle du réseau découle d'une forte interaction entre des neurologues de Franche-Comté, qui s'est structurée depuis la création des urgences neurologiques de Besançon. En 2001, le déploiement des outils de télé-médecine a eu lieu dans les différents établissements de Franche-Comté (11 hôpitaux), tous en relation avec l'UNV du CHU de Besançon. Depuis fin 2009, tous les services d'urgences de Franche-Comté disposent d'une salle équipée pour la vidéoconsultation. Le RUN-FC a pour vocation de constituer une structure régionale en Franche-Comté, permettant de coordonner et d'associer l'ensemble des intervenants de soins : médecins libéraux et hospitaliers, généralistes et spécialistes, paramédicaux, pharmaciens, etc... (17,23,24).

Le RUN-FC intervient à tous les niveaux de la prise en charge (17,24) :

- en amont avec la formation des soignants : le but est d'améliorer la détection et la prise en charge globale des patients,
- à la phase aiguë des AVC : la prise en charge avec les services d'urgences des hôpitaux périphériques s'appuie sur trois actes de télé-médecine :
 - la téléconsultation : elle intervient initialement en présence du patient pour obtenir l'avis diagnostic du neuroradiologue ou du neurologue, et établir un score du handicap,
 - la téléexpertise : elle intervient ensuite entre l'urgentiste et le neurologue expert de garde, la présence du patient n'est pas requise à ce stade. Il s'agit d'obtenir la conduite à tenir à partir des données médicales et de l'imagerie cérébrale. La thrombolyse ne peut être prescrite que par un neurologue et/ou un médecin titulaire du DIU de pathologie neuro-vasculaire,
 - la téléassistance médicale : elle intervient pour la réalisation de la thrombolyse. L'acte est réalisé sous la surveillance du neurologue vasculaire qui contrôle le processus et en évalue le résultat immédiat.

La société française neuro-vasculaire évaluait en 2007 que seulement 1 % des patients éligibles à la thrombolyse en bénéficiaient. Une augmentation du nombre d'AVC diagnostiqués est ainsi constatée depuis la mise en place de ce dispositif. Le taux de thrombolyse dans les délais requis est passé à 6 % en 2011(17).

3.3. La téléconsultation en Unité de Dialyse Médicalisée en Bretagne

En 2001, le Centre Hospitalier (CH) de Saint-Brieuc, dont le Docteur Pierre SIMON est le chef de service de néphrologie, met en place une phase d'expérimentation de téléconsultations lors de la réalisation de dialyses. Ce projet constitue un pilote en France dans le domaine du traitement de l'insuffisance rénale terminale par hémodialyse (23,25,26).

En septembre 2006, une Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) est mise en place à Lannion, en lien avec le CH de Saint-Brieuc, puis une deuxième UDM est mise en place fin 2008 à Paimpol. Des infirmières sont présentes sur place au sein de l'UDM, elles communiquent par télé-médecine avec l'équipe de néphrologues du CH de Saint-Brieuc. L'UDM doit être située dans un établissement de santé disposant d'un service d'urgences, les médecins urgentistes pouvant intervenir sur place en cas de nécessité (23,25,26).

Le rôle de l'infirmière est multiple : préparation du générateur et branchement au patient, évaluation de l'état clinique du patient, surveillance de la séance, aide à la téléconsultation, application éventuelle du protocole d'urgence (25).

Le rôle du néphrologue : il assure une consultation du patient sur place une fois par mois, il surveille chaque séance de dialyse par téléconsultation, il assiste l'infirmière ou le médecin urgentiste en cas de complication (25).

Ce système de télédialyse permet, entre autres, d'améliorer la qualité de vie des patients en évitant un long trajet de déplacement trois fois par semaine(26).

3.4. Le projet Télégéria en Ile-de-France

En 2004, le Docteur Pierre ESPINOZA, praticien hospitalier à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), met en place un projet de télé-médecine qui consiste à expérimenter un dispositif de téléconsultation audiovisuel entre des EHPAD et des spécialistes hospitaliers. Ce réseau de télé-médecine est nommé « Télégéria » pour « gériatrie à distance » (27,28).

Le projet Télégéria est né d'un outil : le « FrontLine Communicator ». Il s'agit d'une caméra de très haute qualité et d'un casque audio reliés à un ordinateur de poche. Celui-ci permet la transmission des images et du son, via internet sans fil, à un ordinateur distant équipé d'un système audio (son et microphone). L'image vidéo n'est transmise que dans un sens (du FrontLine Communicator à la station de réception), il n'y a pas de retour vidéo. En revanche, le système audio est bidirectionnel et permet une véritable conversation. Télégéria utilise initialement un réseau sécurisé ADSL ou 3G (27,29).

En 2008, le FrontLine Communicator ayant permis de mieux comprendre et de définir les besoins, l'architecture informatique du réseau a évolué vers un chariot mobile (station Télégéria) et une valise nomade (valise Télégéria) (4,29). Ceux-ci sont constitués d'une caméra (fixée sur un bras pour la stabilité, et mobile pour le cadrage), d'un écran retour vidéo, d'un ordinateur annexe (pour la visualisation du spécialiste), d'enceintes (pour le retour du son du spécialiste), d'un émetteur (en haute fréquence et sans fil), d'une liaison wifi (permettant la mobilité dans l'établissement), d'une connexion 3G (permettant une plus grande mobilité), d'un réseau sécurisé VPN (Virtual Private Network = réseau privé virtuel) (29).

En janvier 2008, 10 stations sont installées en Ile-de-France et en Franche-Comté. Plusieurs téléconsultations sont mises en place (gériatrie, soins palliatifs, orthopédie, dermatologie, pneumologie, médecine vasculaire, neurologie et psychiatrie) (1,4,28).

Puis en mai 2009, une plateforme CiscoHealthPresence a été installée entre l'HEGP et l'hôpital gériatrique Vaugirard. Ce système de consultations à distance a été rendu possible grâce au partenariat mis en place entre l'équipe du Docteur ESPINOZA pour la dimension médicale, Cisco System pour les aspects matériels et Orange Healthcare pour la maintenance (28). Six pilotes CiscoHealthPresence sont en évaluation dans le monde (États-Unis, Écosse, Nouvelle-Zélande, Argentine, Chine et France) (4,29,30).

La plateforme CiscoHealthPresence associe un call center (plate-forme chargée d'assister les utilisateurs (31)) et un réseau très haut débit totalement sécurisé reliant les stations. La consultation clinique en face à face en haute définition et la connexion d'outils métiers (thermomètre, tensiomètre, saturomètre, otoscope, dermatoscope, stéthoscope, caméra main) sont les originalités majeures de ce projet. Les données sont transmises sous format numérique par voie IP (4,29,30). Trois écrans sont disponibles (32,33) : un écran principal haute définition qui permet l'entretien en face à face, un second écran relié à un ordinateur connecté au réseau qui permet l'accès au dossier médical ou aux examens de radiologie, un troisième écran qui donne l'accès à la caméra main ou à des appareils tels que ECG et spiromètre numériques, otoscope, etc...

La configuration de la station est validée et stabilisée depuis novembre 2009. Le bilan au 28 février 2010 de l'expérimentation de la plateforme CiscoHealthPresence est

positif (29,30,33) : du 29 juin 2009 au 28 février 2010, 200 patients ont bénéficié de 333 sessions cliniques dans 16 spécialités différentes (l'orthopédie est la spécialité la plus représentée (35 %), puis la cardiologie (23 %), la dermatologie (15 %), la médecine vasculaire (10 %), et la neurologie (1 %)).

En 2012, plus de 20 spécialités sont concernées par les téléconsultations. Une extension de Télégéria est prévue en 2012/2013 vers 30 EHPAD(23).

3.5. Les « e-valises » dans le département des Alpes-Maritimes

Le département des Alpes-Maritimes (région Provence-Alpes-Côte d'Azur) présente une géographie très variée allant du niveau de la mer à des sommets montagneux de plus de 3 000 mètres. La zone côtière regroupe toutes les villes et est densément peuplée, contrastant avec la partie montagneuse plus étendue et peu peuplée (1,23,34,35).

Le programme de télémédecine Medicin@païs a été mis en place en 2004, suite à un partenariat entre le Conseil Général et la faculté de médecine de Nice. Des téléformations, téléconsultations et téléexpertises ont été développés, dans le but d'améliorer la qualité des soins des habitants du haut et moyen pays des Alpes-Maritimes (10,23,34–36).

Depuis juin 2009, 11 cabinets médicaux libéraux du haut et moyen pays ont été équipés de « e-valises » médicalisées de télémédecine(stations mobiles). Une e-valise a également été confiée au SDIS 06 (Service Départemental d'Incendie et de Secours des Alpes-Maritimes) afin de faciliter les prises en charge sanitaires spécifiques aux catastrophes naturelles (séismes, glissements de terrain...). Ces valises permettent la réalisation de téléconsultations et de téléexpertises. Elles sont équipées d'un PC intégré à la valise, d'une webcam avec micro intégré et un micro casque audio. Elles possèdent plusieurs équipements médicaux : ECG, oxymétrie, tensiomètre, spiromètre, appareil photo haute définition. Ces stations mobiles peuvent communiquer via le réseau ADSL par une clé 3G ou le WIFI (10,36,37).

Ce projet est innovant d'un point de vue national avec la participation de médecins généralistes libéraux exerçant en zone rurale. Cette technologie très innovante a bénéficié de plusieurs récompenses, et a été soutenue par l'union européenne (10,36,37).

3.6. La téléconsultation de suivi de plaies chroniques en Côtes d'Armor

Le Docteur MOISAN, chirurgien vasculaire au CH de Saint Briec, a développé en 2006une consultation de plaies chroniques à l'hôpital de Paimpol(distant de 50 km), à raison d'un jour par semaine.Devant la demande croissante des patients et l'impossibilité pour le

chirurgien de venir plus souvent sur le CH de Paimpol, des consultations supplémentaires ont été mises en place via la télémedecine, permettant ainsi aux patients de ne pas faire le déplacement jusqu'au CH de Saint Briec(23,38).

En décembre 2007, l'évaluation de la faisabilité technique et médicale a débuté (notamment la colorimétrie, élément important du diagnostic des plaies). L'organisation pratique, la rédaction des protocoles et la formation sont intervenues au premier trimestre 2008. Le projet définitif a été soumis aux commissions médicales d'établissements des CH de Saint Briec et de Paimpol et l'expérimentation a débuté en mars 2008. Le domaine d'activité concerne la téléconsultation externe et le service d'hospitalisation des plaies chroniques. Une équipe d'infirmières spécialisées dans les plaies complexes a été constituée (actuellement 6 infirmières possèdent un diplôme universitaire en plaies et cicatrisation) (23,38).

En juillet 2009, « Les Plaies mobiles » sont créées. Il s'agit d'infirmières spécialisées dans les plaies chroniques qui se déplacent sur le secteur de ville et dans les structures de soins externes à l'hôpital. En septembre 2010, elles ont été équipées d'un terminal Webmobile leur permettant de communiquer par messagerie avec les cabinets libéraux (envoi au médecin traitant du compte rendu de visite au domicile du patient avec photos de la plaie et préconisation pour une stratégie de soins)(38).

3.7. La téléconsultation d'urgence dans le cirque de Cilaos à la Réunion

Le cirque de Cilaos est un des territoires isolés de l'île de la Réunion, difficiles d'accès, et très peu médicalisés. Il est situé à 1200 m d'altitude, à 45 km de l'hôpital référent et est accessible par une route sinueuse et régulièrement impraticable. La population compte environ 6000 habitants, auxquels s'y ajoutent de nombreux touristes. Un hôpital existe à Cilaos, ancien hôpital local, actuellement appartenant au Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR) de Saint Pierre. Les moyens d'interventions médicaux se font via le recours au SAMU 974, par SMUR ou par hélicoptère. La mise en place de la télémedecine a pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins dans ces territoires et d'optimiser le travail des professionnels de santé(23,39).

En 2002, le Groupement d'Intérêt Économique Télémedecine Océan Indien (GIE TOI) est fondé, afin de piloter le développement des infrastructures et des services nécessaires à l'échange d'informations médicales entre acteurs de santé, à la Réunion et à Mayotte. En 2007, la télémedecine est mise en place à Cilaos. Les patients qui arrivent à l'hôpital sont accueillis par l'équipe soignante dans la salle de télémedecine. Les professionnels du site, qui sont des Infirmiers ou Infirmières Diplômé(e)s d'État (IDE), entrent en téléconsultation avec les médecins du SAMU, et interagissent à des fins médicales de diagnostic, de thérapeutique et d'orientation(23,39).

La télé-médecine est maintenant passée en fonctionnement de routine et a fait preuve de son efficacité. Elle tend parfois à devenir un outil de consultation et non plus uniquement dédiée aux situations d'urgence. Une extension des activités possibles est prévue, avec la mise en place d'une salle pouvant accueillir les accouchements. L'importance croissante de la télé-médecine a conduit à la création d'une Unité Fonctionnelle de télé-médecine en 2010 dans les hôpitaux de Saint-Denis et de Saint-Pierre (qui travaillent sur les Iles Australes)(23).

3.8. La téléconsultation en psychiatrie

L'application de la télé-médecine a faiblement concerné la psychiatrie en France jusque récemment. Le dialogue singulier en psychiatrie laissait peu de place à l'hypothèse de la présence non physique d'un praticien consultant (1,4,40).

La première expérience française a été réalisée à l'hôpital local de Tende dans l'arrière-pays niçois, et conduite avec le CHU de Nice, de novembre 1999 à novembre 2000. Malgré les résultats positifs de l'expérimentation, les médecins généralistes impliqués ont conservé une vision réservée de la téléconsultation (1,40).

Depuis mai 2007, des téléconsultations psychiatriques entre le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et une antenne de soins psychiatriques du secteur sont mises en place en Basse Normandie. Il s'agit de téléconsultations de patients stabilisés, mais demandeurs d'un suivi plus fréquent avec leur psychiatre. Les situations de crise ou d'urgence sont exclues. Le médecin psychiatre expérimentateur souligne dans sa première évaluation que ce mode de prise en charge ne peut être que dérogatoire pour des patients bien stabilisés dans leur maladie (1,4).

D'autres expériences de téléconsultations en psychiatrie ont été créées depuis en France, dont des téléconsultations de psychiatrie entre le CH spécialisé du Rouvray et l'EHPAD du Gournay en Haute-Normandie (23,41).

3.9. La téléconsultation en établissement pénitentiaire

L'expérience de l'établissement pénitentier de Lannemezan est la plus ancienne en France. Les téléconsultations sont réalisées avec le centre hospitalier de Lannemezan (hôpital de rattachement de l'UCSA) et le CHU de Toulouse (1,4).

La population carcérale présente des besoins de santé importants en raison (17) :

- de la prévalence élevée de pathologies comme le VIH, l'hépatite C, la tuberculose, les maladies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, etc...), les addictions, les troubles psychiatriques, etc...,
- d'un état de santé dégradé des détenus qui sont souvent issus de catégories sociales défavorisées et ont un faible recours au système de santé avant leur incarcération,
- des conséquences de l'incarcération elle-même sur la santé (apparition, aggravation ou réactivation de certaines affections),
- de l'évolution démographique de la population carcérale qui augmente et vieillit.

Les téléconsultations en milieu pénitentiaire ont plusieurs intérêts(1,4,17) :

- améliorer l'accès aux soins des détenus, et leur faire bénéficier de soins équivalents à ceux de la population générale,
- pallier au manque de médecins dans les établissements pénitentiaires (manque d'attractivité du travail, postes de spécialistes non pourvus, etc...), et rompre l'isolement des praticiens exerçant au sein des UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires),
- permettre un accès plus rapide aux consultations et avis médicaux spécialisés,
- diminuer le temps médical perdu pour accéder jusqu'au détenu (entre son arrivée sur le parking de la prison et le moment où le médecin peut enfiler sa blouse en zone UCSA, il se passe entre 20 et 30 minutes en raison des problématiques de sécurité des accès, avec le même temps pour le retour),
- diminuer le coût élevé des extractions de prisonniers pour des consultations extérieures,
- diminuer les risques de tentatives d'évasion.

4) Les lois encadrant la télémédecine

4.1. Les lois existantes en dehors du cadre de la télémédecine sont toujours valables

Il est important de ne pas oublier, lors d'un acte de télémédecine, les règles et fondamentaux qui encadrent notre profession médicale.

Les principes du code de déontologie(42) restent applicables lors d'un acte de télémédecine :

- Concernant les devoirs généraux du médecin :
 - le médecin agit dans le respect de la vie humaine, de la personne et de la dignité,
 - il exerce dans l'intérêt de l'individu et de la santé publique,
 - il est soumis au secret professionnel.

- Concernant ses devoirs envers le patient :
 - le médecin doit apporter au patient des soins consciencieux, dévoués, fondés sur les données acquises de la science, et en s'aidant des méthodes scientifiques les mieux adaptées,
 - il doit au patient une information loyale, claire et appropriée, et veille à sa compréhension,
 - le consentement du patient est recherché dans tous les cas,
 - le dossier de suivi médical du patient doit être bien tenu, actualisé, confidentiel et conservé sous la responsabilité du médecin. Les informations et documents utiles à la continuité des soins doivent être transmis, avec le consentement du patient, aux médecins qui participent à sa prise en charge.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(43), évoque la notion de droit au respect de la vie privée des patients et du secret des informations, formalise le droit du malade à accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé, et garantit l'égalité aux soins. L'article 11 (44,45) porte sur l'information des usagers du système de santé et l'expression de leur volonté (prise de décision du patient concernant sa santé avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, consentement libre et éclairé obligatoire (sauf cas particuliers) qui peut être retiré à tout moment, désignation de la personne de confiance, etc...).

La loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale(46), est la même lorsqu'il s'agit d'un acte par télémédecine.

4.2. La loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 précise le cadre de la télémédecine

Avant la mise en place de cette loi et de son décret du 19 octobre 2010, de nombreux rapports ont été rédigés afin d'apporter un certain cadre à la télémédecine :

- Novembre 2008 : « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* » établi par Pierre SIMON et Dominique ACKER (conseillers généraux des établissements de santé),
- Janvier 2009 : « *Télémédecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins* », livre blanc rédigé par le CNOM,
- Octobre 2009 : « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France* », rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports, par Monsieur Pierre LASBORDES, Député de l'Essonne et vice-président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques pour le déploiement de la télésanté en France.

4.2.1. L'article 78 définit la télémédecine

Cet article donne une définition claire et légale de la télémédecine(cf1.1)(13).

4.2.2. L'article 51 évoque les coopérations entre les professionnels de santé

Cet article (13) autorise les professionnels de santé, par dérogation, à s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

Les professionnels de santé rédigent des protocoles de coopération qui précisent l'objet et la nature de cette coopération. Ces protocoles sont soumis à l'Agence Régionale de Santé(ARS) qui vérifie qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, puis l'ARS les soumet à la HAS. Après avis conforme de la HAS, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté.

4.2.3. Les articles 22 et 23 visent à favoriser les coopérations entre établissements de santé

L'article 22(13) concerne les communautés hospitalières de territoire (CHT). Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune, et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. La convention de CHT définit, entre autres, le projet médical commun de la CHT, les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements partenaires, ainsi que les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements. La convention de CHT est soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS, qui va apprécier la compatibilité de la convention avec les schémas régionaux d'organisation des soins.

L'article 23(13), décrit les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Le GCS de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il poursuit un but non lucratif.

4.2.4. Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Ce décret (14) :

- définit les éléments qui relèvent de la télémédecine, et décrit les différents actes(téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation médicale) (cf1.2).

- fixe les conditions de mise en œuvre :
 - les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé du patient.
 - les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, par le biais des TIC.
 - à chaque acte de télémédecine, il est obligatoire de garantir :
 - ✓ l'authentification des professionnels de santé,
 - ✓ l'identification du patient,
 - ✓ l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient,
 - ✓ la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine si nécessaire.
 - chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine doit inscrire dans le dossier du patient :

- ✓ le compte rendu de la réalisation de l'acte,
 - ✓ les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués,
 - ✓ l'identité des professionnels de santé,
 - ✓ la date et l'heure de l'acte,
 - ✓ le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.
- les actes de télémédecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles du code de la sécurité sociale qui portent sur la catégorie des prestations, leur classification, les tarifs des honoraires et les modalités de remboursement (47–52).
- décrit l'organisation(programme national, contrat d'objectifs et de moyens, contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, contrat particulier signé par le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé).

4.3. Les lois encadrant les systèmes d'informations et technologiques

4.3.1. La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Cette loi(53) indique que l'informatique ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) est une autorité administrative indépendante. Elle est chargée d'assurer le respect des dispositions de cette loi (53,54).

Concernant la télémédecine, la CNIL considère que (54,55) :

- un haut niveau de sécurité des échanges doit être assuré compte tenu des risques que comporterait la transmission d'informations dégradées ou la divulgation de celles-ci à des tiers,
- les dispositifs de télémédecine doivent garantir, outre l'authentification des professionnels de santé, la confidentialité des données, le chiffrement des données transmises, la traçabilité des connexions, l'intégrité des données et la mise en place d'un archivage sécurisé des données,
- les technologies utilisées dans le cadre de la télémédecine doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé(ASIP-Santé),
- lorsque le traitement fait appel à un hébergeur de données de santé agréé, le consentement exprès du patient à cet hébergement est requis.

La déclaration du dispositif de télémédecine est effectuée auprès de la CNIL par chaque site(54).

4.3.2. Le Dossier Médical Personnel

Le Dossier Médical Personnel (DMP) a été créé par la loi du 13 août 2004, dans le but de contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et de la qualité des soins (1).

Le DMP est un dossier informatisé. Il est accessible depuis internet, le patient peut donc y accéder directement depuis son ordinateur. Il permet le regroupement et le partage, entre les professionnels et établissements de santé, des informations utiles à la coordination et à la continuité des soins. Le patient en maîtrise le contenu et les accès (54).

Tout bénéficiaire de l'assurance maladie doté d'une carte vitale peut ouvrir un DMP auprès d'un professionnel de santé (si le logiciel est DMP-compatible ou à partir du site www.dmp.gouv.fr) ou à l'accueil d'un établissement de soins. La création d'un DMP est volontaire et chaque patient donne son consentement à sa création. Il a la faculté de fermer son DMP à tout moment (54). Sa mise en place nécessite une interopérabilité et une sécurité des systèmes d'information (56).

Selon le Dr Pierre SIMON, président de l'Association Nationale de Télémédecine (ANTEL), la télémédecine se développera plus efficacement à partir d'un dossier médical patient structuré et accessible à tous les professionnels de santé(57).

Quatre régions pilotes sont déjà engagées dans des dispositifs d'échanges de données grâce au DMP (Aquitaine, Picardie, Alsace et Franche-Comté). La phase suivante est de favoriser le déploiement du DMP. Trente-trois établissements de santé ont été retenus pour cette phase de déploiement, trois sont situés dans la région des Pays-de-la-Loire dont le CHLVO(54,58).

4.3.3. L'ASIP Santé : l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

Le conseil d'administration du Groupement d'Intérêt Public Dossier Médical Personnel (GIP-DMP) a voté le 16 juillet 2009 la transformation de sa convention constitutive, créant ainsi l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) (59). L'ASIP santé est une agence d'État placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Sports. Elle a pour objectif de favoriser le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé et le secteur médico-social, dans le but de contribuer à l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins (60).

Les missions de l'ASIP santé sont vastes (59,60) :

- la conception et le déploiement de systèmes d'information partagés de santé (le DMP, les projets de télémédecine, la Carte Professionnelle de Santé (CPS), le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS)),
- la définition, la promotion et l'homologation de référentiels, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, à la sécurité et à l'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté,
- la mise en œuvre de services d'accompagnement aux utilisateurs des systèmes d'information de santé.

La France dispose ainsi d'une structure référente et coordinatrice du déploiement (60).

4.3.4. La responsabilité du tiers technologique

Les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent inchangées, elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle (il est conseillé d'informer l'assureur qui pourra, le cas échéant, rédiger un avenant au contrat d'assurance précisant la pratique de la télémédecine) (61). Les actions en responsabilité sont dirigées contre l'établissement de santé pour les salariés (sauf faute détachée du service). En exercice libéral, le professionnel de santé peut voir sa responsabilité directement engagée, sur le fondement de la relation contractuelle qui le lie au patient (17).

La délégation de certaines tâches médicales à des auxiliaires médicaux doit faire l'objet d'un protocole de coopération (conformément à l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (cf 4.2.1) afin d'encadrer ce transfert de compétences et les conséquences pouvant en résulter en termes de responsabilité (13). Le médecin doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre (61).

L'acte de la télémédecine est un acte médical à part entière, qui introduit un nouveau partenaire en matière de responsabilité : le « tiers technologique ».

Les tiers technologiques regroupent les intervenants techniques impliqués dans le fonctionnement des TIC. Ils doivent fournir un matériel dont la fiabilité et la sécurité sont conformes aux règles prévues par le CSP en matière de dispositifs médicaux. Les tiers technologiques sont responsables de la maintenance de ces outils technologiques mais également de l'information des professionnels et établissements de santé dans le cadre de leur obligation de conseil renforcé (61).

La détermination des rôles des différents tiers dans le préjudice engendré par l'acte de télémédecine peut se révéler difficile à analyser et ainsi créer une dilution des responsabilités. L'action des patients sera menée en priorité contre les médecins et les établissements sur le

fondement de la responsabilité contractuelle et légale. Ces derniers pourront alors se retourner par une action récursoire vers les tiers technologiques en cas de dommage lié au dysfonctionnement du matériel de télémédecine(1,61).

4.4. La situation en Europe

La Commission Européenne (CE) a un rôle moteur dans le développement de la télémédecine. Elle s'est fortement investie depuis 1988 dans les projets de recherche et développement en télésanté(1).

Le 30 avril 2004, la CE a présenté devant le parlement une communication intitulée « *Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens : plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne* »(62). La CE a fait adopter un texte proposant d'élaborer un cadre pour la meilleure utilisation possible des TIC dans le secteur de la santé, afin d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé au travers de l'Union, et de créer un « espace européen de la e-santé ».

Le 4 novembre 2008, la CE publie une communication au Parlement Européen concernant « *la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société* »(63). Dans cette circulaire, la CE définit des niveaux d'action pour les années à venir comme :

- l'évaluation des besoins et des priorités dans le domaine de la télémédecine,
- l'élaboration de stratégies nationales de santé,
- l'accréditation, la responsabilité, le remboursement, la confidentialité et la protection des données,
- des normes d'interopérabilité, de qualité et de sécurité,
- l'incidence et le rapport coût-efficacité des services de télémédecine,
- le respect de l'éthique et de la vie privée.

Le développement de la télémédecine et de la télésanté en Europe tire sa force de réseaux d'expertise regroupés dans différents pays. En France, le CATEL (Club des Acteurs de la Télémédecine) s'est donné cette mission. Ces réseaux sont fortement soutenus par les institutions européennes.

LE PROJET TÉLÉMÉDINOV

1) L'histoire du projet

Le projet de télémédecine « TÉLÉMÉDINOV » a débuté en avril 2011 avec l'élaboration d'un comité de pilotage. En juillet 2011, le projet a été présenté au directeur de la qualité et de l'efficacité de l'ARS des Pays-de-la-Loire. L'ARS a donné son autorisation pour le lancement du projet en mars 2012. TÉLÉMÉDINOV a été sélectionné fin avril 2012 dans le cadre de l'« appel à projet national » d'entreprises portant un projet médical. L'installation du matériel et la formation du personnel ont ensuite été réalisées, puis les premières téléconsultations ont débuté.

2) La première phase de l'expérimentation

La phase initiale du projet consiste à expérimenter des téléconsultations dans le domaine de la gériatrie, de la psychogériatrie et des soins palliatifs. Celles-ci sont réalisées entre un médecin du CHLVO (qui regroupe les hôpitaux de Challans et de Machecoul), et un patient accompagné d'une assistante de télémédecine (qui est une IDE), sur l'hôpital local de l'île d'Yeu, l'EHPAD de la presqu'île de Noirmoutier, et l'EHPAD de Commequiers (*figure 1*).

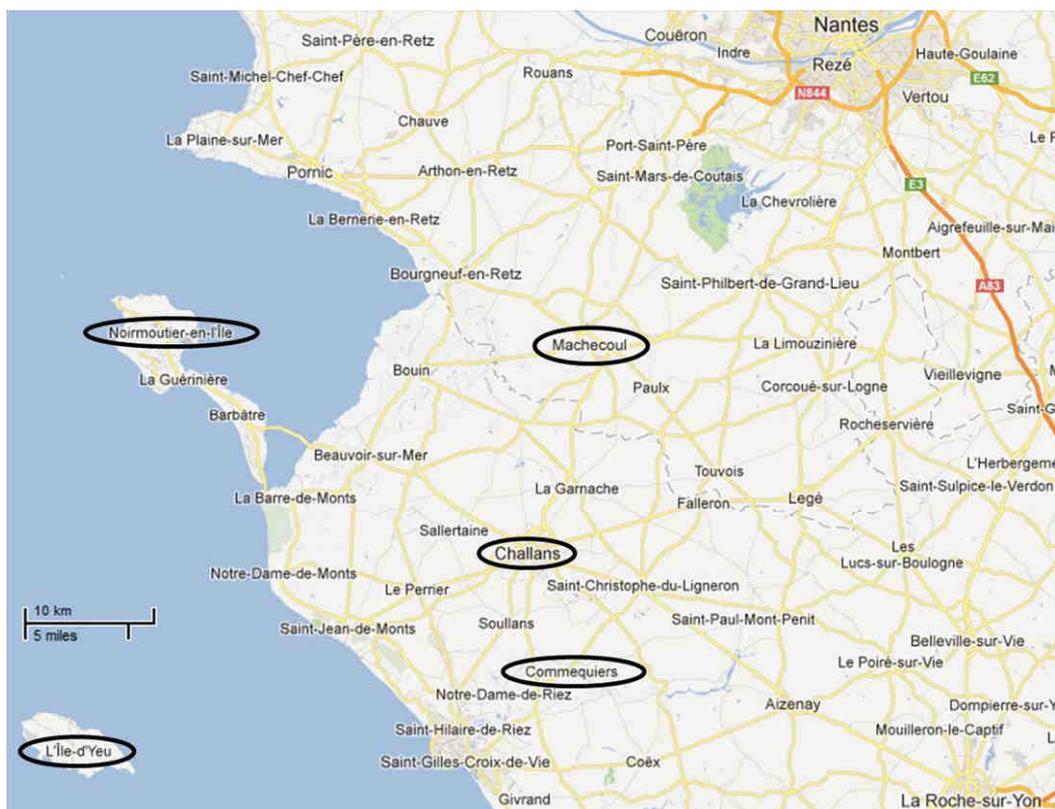


Figure 1 : Localisation des différents sites, carte extraite de Google Map.

3) Les caractéristiques de chaque établissement

L'île d'Yeu a une double problématique : l'éloignement géographique et la fragilité du tissu médical. Cette île est accessible par bateau (uniquement si les conditions météo le permettent) ou par hélicoptère en cas d'urgence. Le temps de trajet Challans/Machecoul jusqu'à l'île d'Yeu est de 2h à 2h30. L'établissement de santé et le centre pluridisciplinaire de santé de l'île d'Yeu sollicitent des avis spécialisés (cardiologie, dermatologie, etc...), ainsi que des avis gériatriques supplémentaires à ceux présents actuellement.

L'établissement de santé de **Noirmoutier** est également éloigné géographiquement, et l'île est insuffisamment pourvue en médecins. Les médecins libéraux sont demandeurs d'avis spécialisés, essentiellement gériatriques.

L'EHPAD de Commequiers compte 70 résidents. Il n'y a pas de médecin coordonnateur actuellement. Environ 9 % des résidents de l'EHPAD sont envoyés aux urgences de Challans suite à l'incapacité d'obtenir un avis médical lors de situations aiguës. Ces transferts ne sont pas sans effets physiques et psychologiques pour les patients, le transport est coûteux, les patients reviennent parfois en pleine nuit sans IDE sur place. L'étude Octoplus (27), menée par le Docteur Espinoza, a montré que les patients en EHPAD sont surreprésentés aux urgences, les EHPAD auraient tendance à recourir aux urgences hospitalières de manière excessive lorsque le médecin traitant n'est pas joignable ou ne peut se déplacer. La population des EHPAD ayant évolué avec le vieillissement de la population, certains patients sont en fin de vie. Les médecins et les IDE se sentent parfois isolés en ce qui concerne la décision de prise en charge palliative. Les personnes les plus dépendantes, très souvent, ne sont plus déplacées, il apparaît donc un manque de soins et d'avis spécialisés pour ces patients. Il s'agit donc de trouver une alternative aux déplacements souvent « traumatisants » pour ces personnes âgées.

4) Les téléconsultations mises en place à la date du deuxième entretien

Le projet, pour de multiples raisons, a mis plus de temps que prévu à se mettre en place. La mise en place et le déroulement de la phase d'expérimentation des projets de télémédecine est décrite comme prenant très souvent du retard non prévisible initialement (64,65).

A la date de notre deuxième entretien, les téléconsultations n'ont été initiées que sur un seul site à savoir celui de l'EHPAD de Commequiers. Le type de téléconsultation débuté concerne le suivi gériatrique, et plus précisément le suivi de patients sous anti-démence, et parfois de patients présentant des troubles du comportement. Une téléconsultation de dermatologie a également été expérimentée auprès d'un patient qui présentait une plaie chronique de la malléole externe d'évolution non satisfaisante malgré les différents

pansements utilisés. Cette consultation a été réalisée conjointement avec la présence du gériatre.

Le rendez-vous de la téléconsultation est fixé directement entre le médecin et l'IDE. Avant la téléconsultation, l'IDE faxe au médecin toutes les données nécessaires à la consultation : données personnelles du patient, motif de la consultation, antécédents, dernières biologies, derniers examens en rapport avec le motif de la consultation, bilan effectué par la psychologue en concertation avec l'équipe (comportement, Mini Mental State (MMS), etc...), ainsi que tout autre document jugé intéressant pour la consultation. Le médecin peut donc lire ces éléments avant la téléconsultation. Au même titre qu'une consultation « classique », un courrier est ensuite adressé au médecin traitant, résumant les données recueillies, les conclusions et la conduite à tenir proposée.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Matériel

1.1. Le matériel utilisé pour les téléconsultations

Le matériel de téléconsultation est fourni par le consortium « RIO-e-SANTE » (intégrateur de solutions interopérables de télémédecine) qui regroupe les entreprises « E-SANTE TECHNOLOGY » (société de fourniture de matériels, de recherche et développement) et « RIOLI Télésanté Consult » (société de conseil en maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre). S'y associent des fournisseurs partenaires dont les entreprises :

- « Cisco France » : fournisseur de matériels de communication et de visioconférence très haut débit et haute définition (écran, caméra et microphone),
- « Info3P » : fournisseur de la caméra dermatologique Dino-Lite Digital Microscope,
- « Welch Allyn France » : fournisseur de matériels et dispositifs médicaux communiquant (tensiomètre/saturomètre/thermomètre, ECG et otoscope).

Lors des téléconsultations, le médecin est présent sur l'hôpital de Machecoul (CHLVO), que nous appellerons « site local », et l'assistante de télémédecine est présente auprès du patient à l'EHPAD de Commequiers, que nous appellerons « site distant ».

1.1.1. Au niveau du site local

Le médecin dispose d'**un écran** d'une taille de 42 pouces soit 107 centimètres, et d'une résolution de 1960x1260 (figure 2).



Figure2 : Le médecin réalise sa consultation à partir du site local grâce à un écran.

L'écran permet d'afficher la connexion du site local, celle du site distant, ainsi que les données de l'ordinateur du site distant via le partage d'écran. Ces éléments peuvent s'afficher de 4 façons différentes (figures 3,4,5 et 6) :



Figure3 : Visualisation du site distant en grand écran, et du retour d'image du site local en petit en bas à droite de l'écran.



Figure4 : Visualisation du site distant en haut de l'écran, et du retour d'image du site local en plus petit en bas de l'écran.

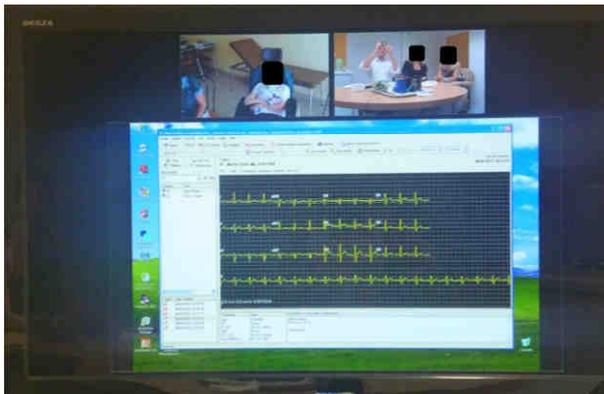


Figure5 : Visualisation de l'affichage des données via le partage d'écran, le site distant et le retour d'image du site local sont affichés en plus petit en haut de l'écran.



Figure6 : Visualisation en grand écran de l'affichage des données via le partage d'écran, le retour d'image du site local est affiché en petit en bas à droite de l'écran, celle du site distant n'est plus affichée.

Une caméra Haute Définition, avec une résolution de 1080x30, permet la transmission vidéo du site local (figure 7). Celle-ci est placée sous l'écran.



Figure7 : La caméra Haute Définition.

Le médecin peut, avec la télécommande, diriger la caméra et zoomer (zoom de base x4 et possibilité de zoomer jusque x12). Il peut commander sa propre caméra mais aussi celle du site distant. Les normes de la caméra permettent un traitement optimal des mouvements avec une latence réduite pour s'approcher au maximum d'une consultation « classique » en face-à-face.

Un microphone, posé sur la table devant le médecin, permet une prise de son multidirectionnelle (*figure 8*). Un bouton permet de couper le son si le médecin ne souhaite pas que le patient entende.



Figure8 : Le microphone.

1.1.2. Au niveau du site distant

Le site distant possède également **un écran**, **une caméra** (située au-dessus de l'écran) **et un microphone** (posé devant l'écran) (*figure 9*).



Figure9 : Visualisation de la salle de téléconsultation du site distant : le patient consulte le médecin grâce à l'écran, l'assistante de télémédecine est présente à ses côtés.

Un ordinateur est installé au niveau du site distant. Les applications des dispositifs médicaux y sont accessibles, et peuvent être visualisées sur l'écran principal par le partage d'écran (*figure 10*).



Figure10 : L'ordinateur (à droite) contient les logiciels des dispositifs médicaux et permet leur visualisation sur l'écran principal (à gauche) via le partage d'écran.

Les dispositifs médicaux :

- Le tensiomètre/saturomètre et le thermomètre de Welch Allyn (*figure 11*) :

Les données ne s'affichent pas sur l'écran vidéo, mais le médecin peut zoomer sur l'écran de l'appareil ou l'assistante de télémedecine peut lui transmettre les constantes par oral.



Figure11 : Le tensiomètre/saturomètre et le thermomètre de Welch Allyn.

- L'électrocardiogramme numérique de Welch Allyn :

L'ECG Welch Allyn (*figure 12*) est connecté par un fil sur l'ordinateur de l'assistante de télémedecine. Le logiciel ECG Welch Allyn (*figure 13*) permet d'afficher le tracé en défilement réel, ou il peut être figé et visualisé de différentes manières (4x3, 2x6, moyenné, etc...). Les données peuvent être visualisées sur l'écran du médecin via le partage d'écran, ou envoyées par mail.

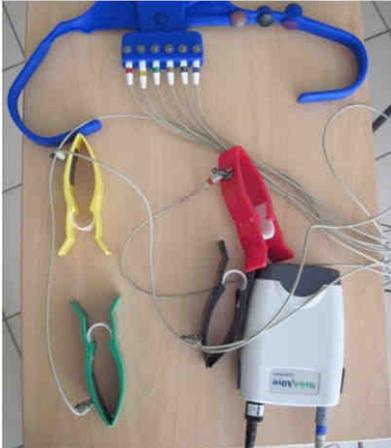


Figure12 . L'appareil ECG de Welch Allyn.



Figure13 : Le logiciel ECG de Welch Allyn.

- La caméra dermatologique numérique Dino-lite :

La caméra dermatologique Dino-lite (figure 14) est fixée sur une table permettant d'obtenir une image stable, la table est mobile afin de pouvoir se rapprocher du patient. Le bras fixe de la caméra est articulé à différents niveaux, permettant de la positionner pour une visualisation la plus optimale possible. La caméra est ajustable avec un zoom 70x200. Le logiciel (figure 15) permet de visualiser la vidéo transmise par la caméra en temps réel. Il est possible de prendre des photos et de les garder en mémoire et/ou de les envoyer par mail.



Figure14 : Vue générale de la caméra dermato de Dino-lite fixée sur la table.



Figure15 : Le logiciel de la caméra dermato.

- L'otoscope numérique de Welch Allyn :

L'otoscope de Welch Allyn (*figure 16*) permet la visualisation numérique du tympan. Le logiciel de Welch Allyn (*figure 17*) affiche le tympan en temps réel, et permet de prendre des photos qui peuvent être gardées en mémoire et/ou envoyées par mail.

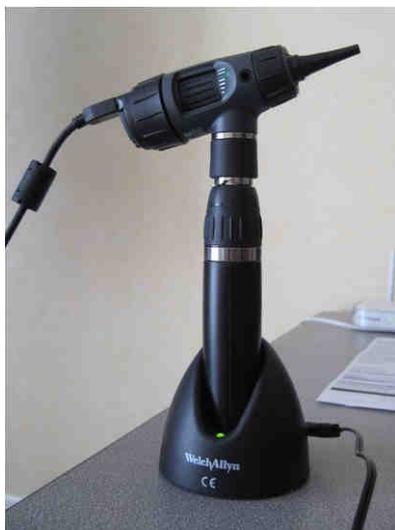


Figure 16 : L'otoscope numérique de Welch Allyn.



Figure 17 : Le logiciel de l'otoscope numérique avec visualisation d'un tympan.

1.1.3. La liaison entre les sites locaux et distants

Les sites communiquent via un réseau SDSL sécurisé privé : GIGALIS (réseau régional haut débit des Pays-de-la-Loire) pour les sites du CHLVO, de Noirmoutier et de l'île d'Yeu, et COMPLETEL pour l'EHPAD de Commequiers. La connexion entre les différents sites est gérée par l'opérateur NOVASIGHT. Elle peut se faire en point à point (entre 2 sites) ou en multi-points (avec plus de 2 sites en même temps). Toutes les liaisons sont à 4 mégas bits à débit garanti montant/descendant. La maintenance hotline et dépannage est gérée par Cap Visio.

1.2. Le matériel utilisé pour notre étude

Nous avons utilisé deux enregistreurs numériques mp3 à chaque entretien. Les enregistrements ont été transférés vers un ordinateur via la carte mémoire amovible de l'enregistreur, puis ils ont été écoutés et retranscrits manuellement dans un logiciel de traitement de texte.

2) Méthode

2.1. Présentation de la méthode du focus group

2.1.1. Son but

Il s'agit d'une technique d'entretien collectif (66), qui permet de réaliser une enquête qualitative (par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire). Cette technique permet d'évaluer les besoins, les attentes, les satisfactions, etc..., avec une dynamique de groupe qui facilite la discussion permettant l'émergence des différents points de vue des participants (67,68).

2.1.2. Son histoire

Cette méthode est issue d'une technique de marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis, qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi les produits plus attractifs. Le focus group s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par Carl Rogers, psychologue humaniste américain. En France, cette technique d'enquête qualitative est principalement utilisée en sociologie, alors qu'elle est utilisée dans différents pays pour des recherches dans des domaines divers tels que l'éducation, la santé publique, l'environnement ou encore les sciences sociales (66–68).

2.1.3. Ses avantages

Un des intérêts de cette méthode est l'aspect positif de la dynamique de groupe et des interactions entre les individus, permettant ainsi l'échange et l'émergence de nouvelles idées, de nouveaux propos, etc... mais également de pouvoir confronter des opinions différentes (67).

2.1.4. Ses limites

L'entretien collectif peut être une limite en soi, avec des personnes qui peuvent être réticentes à exprimer leurs idées personnelles, ou encore, trop timides pour prendre la parole devant le groupe. À l'inverse, certains participants peuvent avoir tendance à monopoliser la parole (67,68). Il peut également y avoir des tensions dans le groupe lors d'avis différents entre les participants. C'est un des rôles du modérateur d'orienter le débat et d'éviter l'excès ou l'insuffisance de paroles de certains participants, permettant ainsi un recueil de données le plus riche et divers possible (66,68).

2.1.5. Son déroulement

Le focus group rassemble plusieurs participants. Les différents auteurs ne donnent pas les mêmes chiffres concernant le nombre de personnes optimales pour constituer le groupe. La moyenne retrouvée est de 6 à 8 participants, le nombre minimum étant de 4 afin de permettre une dynamique de groupe, le nombre maximum de 12 pour permettre à chacun de s'exprimer et permettre au modérateur de pouvoir assurer la modération du groupe (66–68).

Autour des participants, un modérateur et un observateur sont présents. Le modérateur a pour objectifs de faire en sorte que la discussion se déroule avec une bonne fluidité, que le plus grand nombre de personnes y participent, et que la discussion traite du sujet proposé. Il répartit les tours de parole, sollicite ceux qui restent silencieux, relance voire recadre la discussion si nécessaire, et respecte le guide d'entretien écrit préalablement pour répondre aux questions de recherche(66). Son rôle est également de reformuler et de faire la synthèse des idées évoquées lors de la discussion (67). L'observateur s'occupe des enregistrements audio, et vidéos s'ils ont lieu. Il note également tous les aspects non verbaux lors de la discussion (66,67).

2.1.6. Son analyse

Chaque focus group est enregistré et transcrit intégralement (y compris les rires, les silences, les relances de l'interviewer, etc...). Cette transcription intégrale est appelée verbatim. Les transcriptions du verbatim sont ensuite analysées avec réalisation d'un codage axial afin de regrouper les idées par thèmes et d'éliminer les hors sujets (66,69).

2.2. La méthode du focus group pour notre étude

2.2.1. Le choix des participants

Nous avons proposé l'entretien à tous les médecins et IDE (assistantes de télémédecine) qui étaient inclus dans la phase initiale d'expérimentation des téléconsultations, soit 2 médecins sur Machecoul (CHLVO), et une IDE pour chaque site distant (Commequiers, Noirmoutier et l'île d'Yeu). Les 5 participants ont accepté de participer au premier focus group.

Lors de la réalisation du deuxième focus group, seules des téléconsultations avec l'EHPAD de Commequiers avaient été réalisées, et un seul des 2 médecins avait pratiqué ces téléconsultations. Nous avons donc réalisé notre deuxième focus group uniquement avec 2 participants.

Une des téléconsultations a été réalisée conjointement avec une dermatologue libérale de Machecoul. Cette consultation ayant été réalisée une semaine avant la date fixée de notre deuxième entretien, la dermatologue n'a malheureusement pas pu se rendre disponible pour cette date. Il n'a pas été possible de fixer une date ultérieure en sa présence pour de multiples raisons. Cependant, la téléconsultation ayant été réalisée en présence du gériatre, celui-ci a pu nous transmettre le ressenti de la dermatologue.

2.2.2. Le déroulement des focus group

Nous avons réalisé 2 focus group : avant le début des téléconsultations (et avant la formation du personnel), et deux mois après le début de l'expérimentation. Ces 2 entretiens ont été réalisés sur le site de l'hôpital de Machecoul. La fonction de modérateur a été remplie par le Docteur Patrick DRÉNO (médecin généraliste et maître de stage au département de médecine générale de la faculté de Nantes), et nous avons tenu le rôle de l'observateur.

2.2.2.1. Le premier focus group

L'objectif de ce premier focus group était de recueillir les appréhensions des soignants par rapport à l'utilisation du matériel, à l'acquisition des compétences de ce nouveau métier, et leur rôle auprès des patients.

La première date fixée a été annulée en raison d'une tempête, et donc l'impossibilité pour l'IDE de l'île d'Yeu de se déplacer sur le continent, les bateaux étant annulés, et l'hélicoptère réservé aux urgences. Cette annulation renforce l'idée de développer la télémédecine en lien avec les îles, celles-ci étant inaccessibles lors de tempêtes par exemple, qui parfois peuvent durer plusieurs jours.

Le jour de la deuxième date fixée, l'IDE de Noirmoutier a eu un imprévu de dernière minute, elle n'a pas pu se rendre sur place pour l'entretien. Celui-ci a donc été réalisé avec les 4 participants sur place et par visio-conférence avec l'IDE de Noirmoutier, grâce à une connexion multi-point via l'opérateur NOVASIGHT.

Ce premier focus group a eu lieu le 10 janvier 2012. Les participants ont été accueillis, et le questionnaire de présentation leur a été distribué. Pour l'IDE de Noirmoutier, le questionnaire lui a été envoyé par mail après l'entretien. La séance a commencé par une présentation du modérateur et de nous-même, une présentation de la méthode du focus group et son objectif dans le cadre de recherche de notre thèse, ainsi que le rôle du modérateur et de l'observateur. L'accord des participants a été recueilli par oral pour l'enregistrement et la retranscription de leurs propos dans le respect de l'anonymat et des opinions de chacun. Nous

avons ensuite commencé l'enregistrement. Chaque participant s'est présenté, certains ne s'étant encore jamais rencontré. Puis le modérateur a présenté les 3 grandes idées du guide d'entretien élaboré auparavant (annexe 3). La discussion a ensuite débuté, guidée par le modérateur pour permettre de suivre le guide d'entretien, et recueillir les propos de chaque participant. La discussion en elle-même a duré environ 35 minutes, puis les participants ont été remerciés de leur présence.

2.2.2.2. Le deuxième focus group

L'objectif de ce deuxième focus group était d'étudier si les appréhensions initiales étaient justifiées, et de recueillir le ressenti des soignants concernant le matériel, leur nouvelle pratique professionnelle et le patient après la réalisation des téléconsultations.

Ce deuxième focus group a été réalisé le 26 juin 2012 soit 2 mois après le début des téléconsultations. Les participants ont été accueillis. Un bref rappel leur a été fait concernant la méthode du focus group, le rôle du modérateur et de l'observateur. Un nouvel accord leur a été demandé concernant l'enregistrement et la retranscription des propos, ainsi que le fait d'être présents sur les photos de notre thèse. Après obtention de ces accords, l'enregistrement a été débuté. Le modérateur a présenté les 3 grandes idées du guide d'entretien (annexe 4), puis la discussion a débuté toujours guidée par le modérateur. La discussion en elle-même a duré environ 38 minutes, puis les participants ont été remerciés à nouveau.

2.2.3. L'analyse des focus group

Les 2 entretiens ont été retranscrits intégralement (annexes 3 et 4), puis analysés selon la méthode du focus group.

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les propos des participants sont indiqués entre guillemets et en italique. Les propos non retranscrits de leur discours sont indiqués entre crochets [...], afin de ne retenir que les propos essentiels aux résultats en conservant l'idée de leur phrase. L'assistante de télémedecine est également appelée IDE.

1) Présentation des participants

Le premier focus group a rassemblé 5 participants : 2 médecins et 3 IDE. Les 2 médecins sont des hommes, et les 3 IDE sont des femmes. Ils ont entre 36 et 53 ans, et ont été diplômés entre 1985 et 2009. Les 2 médecins ont eu une pratique libérale avant leur pratique hospitalière. Deux des IDE ont eu une pratique libérale et une pratique hospitalière dans différentes spécialités. La troisième IDE, diplômée en 2009, n'a exercé que dans un seul service depuis son diplôme. Les 5 participants travaillent actuellement dans un service informatisé au niveau des prescriptions et des transmissions.

Le deuxième focus group a été réalisé avec un seul des 2 médecins et une seule des 3 IDE.

2) Les téléconsultations réalisées

Dix téléconsultations ont été réalisées.

Le premier patient vu en téléconsultation présentait des troubles fonctionnels intestinaux. Il était volontaire pour expérimenter ce type de consultation. Ce patient étant déjà suivi, la consultation a été orientée, avec son accord, sur l'essai des dispositifs médicaux et l'examen clinique.

Sept patients, tous déments, ont bénéficié de téléconsultations de suivi gériatrique. Ils avaient entre 76 et 95 ans (moyenne d'âge de 88 ans). Le MMS variait entre 10 et 20/30 (2 n'ont pu être réalisés du fait de troubles visuels/auditifs, ou troubles du comportement).

Un patient a été vu dans le cadre d'une plaie chronique de jambe. Cette téléconsultation a été réalisée avec la présence conjointe du médecin du CHLVO et de la dermatologue de Machecoul. L'évaluation de la plaie étant difficile et peu concluante, une deuxième téléconsultation, réalisée uniquement avec le médecin du CHLVO, a eu lieu le matin-même de l'entretien.

3) Ressenti concernant le matériel de téléconsultation

3.1. Avant l'expérimentation

3.1.1. Les appréhensions

Pour un des participants, **l'utilisation du matériel** est une appréhension. N'étant pas habitué à l'informatique et du fait de son âge, il a besoin d'une utilisation simple et pratique.

D1 : « [...] je ne suis pas un grand technicien de l'informatique et [...] il faut des choses ultra pratico-pratique pour des gens comme moi [...]. Moi il faut des trucs super simples, vachement pratiques, et qui sont compréhensibles par quelqu'un qui a 50 piges, et qui n'a pas été habitué à l'informatique, ça c'est clair. Ça c'est une appréhension que je vais avoir c'est certain. »

L'appréhension pour **parler face à un écran** est notée par une participante.

I3 : « Ce n'est pas l'appareil vraiment qui me fait peur, mais c'est en fait le comportement pour parler face à un écran qui me fait plus peur. »

3.1.2. Ce qui ne génère pas d'appréhension

Les participants n'ont pas d'appréhension concernant le matériel **il y a une formation à son utilisation**, ainsi qu'un **protocole** simple et structuré. Il y aura probablement des « **petits flottements** » au départ, mais il y aura aussi une **entraide** entre les protagonistes.

I1 : « Moi je n'ai aucune appréhension. Faut simplement, je pense, qu'on ait [...] une formation, et qu'on ait un bon protocole très simple et très structuré, je pense que, on devrait y arriver. Enfin moi j'ai assez confiance en ce matériel [...]. Si on fait bien les choses au départ, qu'on fait un bon descriptif, je pense qu'il n'y aura pas de problème. »

I1 : « Un bon protocole qui est écrit par peut-être [...] différentes générations [...] qui soit quelque chose de très simple, très structuré, et je pense qu'avec ça, et une formation dessus, et puis bon je pense qu'il y aura une entraide entre nous [...], il y aura des petits flottements peut-être au départ, mais c'est normal, ça fait partie du jeu. »

I2 : « [...] je n'ai pas d'appréhension non plus par rapport à l'utilisation du matériel. Si on a une formation appropriée, il n'y a pas de raison que ça fonctionne mal [...]. »

D1 : « [...] je crois que [...] c'est primordial, l'histoire du protocole d'utilisation, bien cadré, pragmatique, simple. »

Il n'y a pas d'appréhension concernant **la qualité de l'image et du son**.

I2: « *C'est vrai que la qualité d'image est vraiment impeccable, enfin moi en retour ici, tout est très net, donc niveau image et niveau son, je n'ai rien à dire [...].* »

D1: « *[...]sur le plan technologique, on voit qu'il y a quand même [...] une qualité d'image et une technique quand même qui a progressé de façon fulgurante. [...] Moi je n'ai pas en tout cas cette appréhension de la qualité, de la retransmission du son, de l'image [...].* »

Les pannes ne génèrent pas non plus d'appréhension particulière. Les participants ont déjà eu à gérer des pannes informatiques en dehors des téléconsultations, celles-ci seront probablement présentes également lors des téléconsultations. Il y aura par ailleurs un numéro d'appel, et la présence de techniciens à l'hôpital. La situation est différente pour un soignant seul dans son cabinet ou dans une structure isolée, auquel cas il y aurait une appréhension des pannes.

I3: « *[...]l'appareil, les pannes... après avoir eu des pannes informatiques et qu'on arrive à gérer, je me dis que ce ne sera pas pire.* »

D2: « *Moi je n'ai pas d'inquiétude particulière, parce qu'on est à l'hôpital et qu'on est très entourés, on a des techniciens qui s'occupent de tout ça, on sait que c'est très cadré. Si j'étais tout seul dans mon cabinet ou dans une structure plus isolée dans mon coin, j'aurai des appréhensions parce que je sais qu'avec ces appareils comme avec toutes les techniques un peu compliquées, il y a ce qui est écrit et puis il y a ce qui se passe dans la réalité, il y aura des bugs, et il va falloir intégrer ça dans notre quotidien de la télémédecine.* »

I1: « *[...]et puis il y aura un petit numéro d'appel si jamais on a un souci.* »

3.2. Deux mois après le début de l'expérimentation

3.2.1. Le ressenti général

Les **problèmes techniques liés au matériel** posent problème. Il n'y a **pas d'inquiétude** pour autant **sur le devenir technique**. Cela reste un **bon outil** qu'il faut **s'approprier** encore avec la pratique.

D: « *Les problèmes principaux essentiellement sont liés au matériel, enfin en ce qui me concerne, et qui ne sont toujours pas résolus [...].* »

D: « [...]il y a eu quelques petits problèmes techniques comme ça, qui font que jusqu'à maintenant, ce n'est pas parfait, c'est même loin d'être parfait, et c'est ce qui nous a posé le plus de problème dans notre prise en charge. »

D: « En voie d'amélioration, bon outil, il faut que l'on se l'approprie un peu plus encore, on a besoin de pratique, d'un côté comme de l'autre, mais je n'ai pas d'inquiétude sur le devenir technique. »

I: « Oui je pense que globalement, ce serait un bon outil, maintenant il faut se l'approprier quand même un peu plus. »

3.2.2. L'image

- **Qualité de l'image :**

Au niveau du site local, l'image n'est **pas de bonne qualité**, elle est **pixélisée**. Il semble y avoir un problème technique sur le circuit de NOVASIGHT car la **connexion en point par point** sans passer par NOVASIGHT est **meilleure**. Le problème d'image **ne permet pas d'établir un diagnostic en dermatologie**.

D: « [...]le principal problème actuel c'est celui de la vision, du retour [...] qui n'est pas bon, qui est pixélisé. Problème qui semble avoir été résolu ce matin en utilisant du point par point, c'est-à-dire Machecoul/Commequiers en direct sans passer par l'intermédiaire qui est NOVASIGHT. Donc il semble qu'il y ait un problème technique sur le circuit NOVASIGHT [...], problème de vision qui nous a gêné d'ailleurs dans notre première consultation qu'on a essayé de faire avec la dermato [...]. Et là tout de suite, avec le matériel, elle a conclu que ce n'était pas possible [...]. »

Au niveau du site distant, l'image est **bonne**.

I: « [...]on avait une bonne image de notre côté, on n'a jamais eu de gros problème. »

- **Taille de l'écran :**

Au niveau des 2 sites, la taille de l'écran est **adéquate**.

I: « [...]on a presque le médecin en face quand on est en grand écran. [...] pour les résidents, je pense que ce n'est pas perturbant justement, ça donne une tête d'un volume normal. »

- **Visualisation des différentes connexions sur le même écran :**

Au niveau du site local, il **faudrait avoir plusieurs écrans**. Actuellement la visualisation des différentes connexions sur le même écran se fait **au détriment de celle du patient**.

D: « [...] je pense qu'il faudrait plusieurs écrans [...] un écran avec les examens complémentaires, les données écrites, et puis un écran avec le patient pratiquement exclusivement. [...] je vois sur mon écran, l'écran de l'ordinateur [...], mais au détriment [...] de l'image directe avec le patient. »

Au niveau du site distant, il y a **un écran, et un ordinateur** sur lequel sont présents les dossiers, ce qui apparaît **pratique**.

I: « Mais moi j'ai ça, [...] j'ai un ordinateur en fait à côté de mon écran, et où je peux aller sur les dossiers de mes patients, [...] et ça c'est super pratique. »

- **Manipulation de la télécommande pour l'image :**

Pour les 2 participants, la manipulation n'est pas compliquée.

D et **I:** « [...] ce n'est pas compliqué. »

I: « [...] je pense qu'on apprend, [...] on s'approprie le matériel. »

3.2.3. **Le son**

- **Qualité du son :**

Le son n'est **pas adéquat** en gériatrie pour des **patients qui n'entendent pas bien**, et il **sature** lorsque le volume est augmenté. L'IDE est obligée de **répéter au patient** les propos du médecin. Le fait de répéter ne gêne pas l'IDE, mais peut-être empêcher le médecin d'appréhender les réactions du patients.

D: « [...] l'autre problème en gériatrie, c'est celui des patients sourds qui n'entendent pas, et c'est vrai qu'on a donc une petite procédure avec **I**, et c'est elle qui transmet mes propos [...], parce que le son sature, et il n'est pas suffisant pour que les gens perçoivent la totalité de mes propos. »

I: « Au niveau du son, donc effectivement, il faut que je traduise, je suis répétiteur en fait des patients. Mais bon, ce n'est pas un énorme problème pour moi, par contre ça peut

l'être peut-être pour le médecin qui a peut-être envie d'entendre ou de voir comment le résident réagit [...]. »

Proposition d'amélioration : Il pourrait être utilisé **des casques** pour pallier la difficulté des patients qui n'entendent pas bien.

D : « [...]on attend des opérateurs qu'ils nous fournissent des casques, [...]tout le monde pourrait être branché sur un casque, qui pourrait peut-être même permettre de contourner le problème de surdité des patients âgés [...]. »

- **Synchronisation audio/vidéo** :

La synchronisation audio/vidéo est **bonne**. En revanche, il y a un **décalage entre la parole de l'interlocuteur et la réception** de celle-ci au niveau de l'autre site, ce qui fait que les interlocuteurs parlent parfois en même temps.

I : « [...]il y a un petit retard, ce qui fait que des fois je parle et le médecin commence à parler aussi donc on parle en même temps. [...] un résident lui ne va pas forcément comprendre qu'il y a un délai. [...]maintenant je sais, donc j'attends qu'il ait terminé pour essayer de parler, mais le résident lui ne va pas forcément apprécier le délai [...]. Ce n'est pas gênant, après il faut qu'on s'y habitue et puis qu'on le sache, mais après peut-être qu'ils peuvent faire mieux ! »

D : « [...]si on peut corriger, c'est aussi bien. Après, effectivement, peut-être qu'il faut [...] apprendre à communiquer de cette façon-là. »

3.2.4. **Les dispositifs médicaux**

Les dispositifs médicaux n'ont **pas tous été utilisés du fait du type de téléconsultation mis en place**, certains ont **seulement été testés**. Concernant l'**EKG**, il faut rajouter du gel sur les électrodes, et il y a eu quelques problèmes pour l'enregistrement. **La caméra dermatologique** est très précise mais ne reflète pas la vision naturelle de l'œil, par ailleurs elle n'est pas très maniable. En revanche, l'**otoscope** fonctionne bien.

D : « [...]on n'a pas utilisé l'ensemble des outils techniques, [...]le type de consultation qu'on a exploré, n'a pas eu besoin des différents outils techniques qui nous étaient proposés. »

I: « Au niveau du matériel, on ne l'a pas utilisé beaucoup, effectivement puisqu'on fait des suivis gériatriques, et les suivis gériatriques, il n'y a pas énormément d'utilité de matériel. »

I: « [...] on a essayé quand même l'ECG, où on a vu qu'il fallait qu'on mette quand même un gel, donc ça on sait qu'il faut le faire, on n'a pas refait depuis. »

D: « Pour l'électrocardiogramme, on avait eu des problèmes aussi, pour l'enregistrement. »

I: « [...] la petite caméra dermato, elle est très précise de près, mais elle ne donne pas un aspect apparemment global, naturel, de l'œil, qu'on est arrivé à avoir à peu près avec un nouveau zoom [...]. Et puis je trouve moi c'est le côté pratico-pratique de la caméra dermato, elle est assez compliquée, puisqu'elle est avec plusieurs bras, et quand on veut la manipuler pour aller sur un objectif, il faut bouger les bras, visionner... enfin c'est pas très facile au niveau de l'utilisation. »

I: « L'otoscope, [...] je l'ai essayé comme ça avec les filles, ça marche très bien. »

Propositions d'amélioration : les **fils des dispositifs médicaux** sont gênants et à risque de chute. Un **système de rail au-dessus** regroupant les fils serait plus pratique. Pour la **caméra dermatologique** qui n'est pas très maniable ni mobilisable, son installation sur un **pied central** identique au tensiomètre serait plus pratique.

I: « L'idéal ça serait qu'il y ait un gros rail qui soit au-dessus et qu'on puisse prendre le matériel nécessaire, parce qu'en fait... la personne est allongée, et nous on tourne autour avec des fils, ce n'est pas très pratique, j'ai toujours peur de me renverser ou de faire tomber quelque chose, et je pense que ça arriverait du haut, ça nous libérerait tout le contour du résident, et je pense qu'on pourrait du coup tourner, le faire mettre debout... enfin faire ce qu'il y a à faire plus facilement sans tous les fils, ce sont les fils qui me gênent. »

I: « Pareil la petite caméra donc qui est sur bras, pour l'instant je l'ai installée sur un adapte-table, mais ce n'est pas très pratique car un adapte-table c'est un peu embarrassant, il faudrait un pied central comme les tensiomètres [...], ils sont sur des gros pieds centraux qui sont très très maniables, faudrait que ça soit là-dessus pour qu'on puisse déjà le promener, parce qu'un adapte-table à promener, ce n'est pas très pratique. »

Dispositifs manquants : Le **stéthoscope** devrait bientôt être disponible, il sera utile pour le développement d'une activité plus médicale des téléconsultations. L'utilité d'un **bladder scan** en gériatrie est également à réfléchir.

I: « *Et le stéthoscope, on devrait bientôt l'avoir.* »

D: « *Alors, pour l'activité qu'on en fait actuellement, ça va. Maintenant si on veut développer une activité plus médicale, des consultations plus médicales et moins psychogériatriques on va dire, il faudra certainement penser à d'autres matériels : le stéthoscope, oui c'est ce qu'on disait... on parlait d'un bladder scan, faudra qu'on réfléchisse aussi à l'utilité d'un bladder scan en gériatrie, mais ... un bladder scan qu'il y ait de la télémédecine ou pas.* »

3.2.5. Les pannes

Il n'y a **pas eu de panne**, juste **une rupture de faisceau** qui a été rétablie immédiatement après un simple appel téléphonique. Cette rupture de faisceau n'a **pas troublé** la relation médecin/patient, la relation thérapeutique ou la faisabilité médicale.

D: « *[...] je n'ai pas eu de panne. J'ai eu une rupture de faisceau une fois, j'ai téléphoné et ça s'est rétabli immédiatement.* »

3.2.6. La formation

Pour le médecin, la formation concernait uniquement **l'utilisation de la télécommande**.

D: « *[...] la formation initiale, c'était juste l'utilisation de la télécommande. Après, c'est en pratiquant qu'on acquiert de l'expérience et qu'on résout les problèmes qui surviennent.* »

Pour l'IDE, la formation a été **très rapide**, mais **suffisante**. L'utilisation n'est **pas compliquée**, et l'**expérience** va permettre de s'approprier le matériel.

I: « *[...] très rapide. Mais ce n'est pas compliqué non plus. [...] pour ce qu'on en fait pour l'instant, oui. Après je pense que c'est vraiment le... l'expérience... le fait d'en faire plusieurs qui va faire qu'on va s'approprier le matériel, c'est pas compliqué en soi.* »

4) Ressenti concernant les nouvelles pratiques professionnelles

4.1. Avant l'expérimentation

4.1.1. Les médecins

4.1.1.1. Les appréhensions

Il y a une appréhension par rapport à l'**examen clinique**, le fait de ne pas pouvoir toucher et ressentir le palpé, il y aura des données manquantes de l'examen clinique.

D2 : « *Je pense qu'il y a des choses qu'on ne pourra pas faire. Il y a des données de l'examen clinique qu'on ne pourra pas avoir [...].* »

D1 : « *Moi l'appréhension, elle est exactement dans ce qu'il dit par rapport à l'examen clinique. Alors c'est vrai qu'il faut que nous, chacun, [...] en complémentarité, [...], on soit capable de mettre le curseur de l'examen à tel niveau ou à tel niveau. Il y a des exemples très simples, quelqu'un qu'on va voir sur le plan gériatrique parce qu'il a des troubles du comportement, est-ce qu'il a des rétentions ou pas ? Nous on va poser des questions, [...] on va dire 9 fois sur 10, l'interrogatoire, l'anamnèse et tout fait que, on a quasiment le diagnostic. Sauf que, le petit 10 % qui reste, je dis 10 % mais ça peut être autre chose, le petit 10 % qu'il reste, et bien ce sont les mains que j'ai là qui vont appuyer sur le ventre, et sauf que ce n'est pas moi qui vais le faire, ça va être vous (en regardant les IDE qui acquiescent de la tête), et qu'est-ce que vous allez ressentir ?* »

Le **transfert** d'une partie du contenu de l'acte médical vers l'IDE génère une **Crainte** sur le **type de contenu** à transférer et les **responsabilités**.

D2 : « *Je suis bien conscient qu'il y a des nouveaux métiers et qu'il y a un transfert, moi je vois ça comme un transfert quand même, un certain transfert du contenu de l'acte médical vers les infirmières. Je pense que c'est bien. Alors moi, ma petite crainte, c'est justement de quel transfert ? Qu'est-ce que je transfère ? Et comment est-ce que je contrôle aussi parce qu'il y a une question de responsabilités [...].* »

Les appréhensions sur l'examen clinique et le transfert amènent à s'interroger sur le **type de consultation** (suivi et/ou primo-consultation).

D1 : « *[...] c'est quand même un transfert à un moment donné, et jusqu'où on met le curseur de ce transfert ? Ça veut dire que derrière, qu'est-ce qu'on va pouvoir identifier comme type de patients possiblement à voir en téléconsultation ? Est-ce qu'on peut voir tout*

le monde ? Est-ce qu'on ne peut pas voir tout le monde ? Est-ce que c'est que du suivi ? Est-ce que c'est de la primo-consultation ? »

D2 : *« Il y a des données de l'examen clinique qu'on ne pourra pas avoir, et donc je suis parfaitement conscient que ça ne remplacera pas non plus n'importe quelle consultation donc je ferai attention de ne pas aller là où on ne peut pas aller non plus. »*

Il est noté une **inquiétude sur le temps**. La **motivation des médecins et de la direction** semble nécessaire pour cette activité chronophage.

D2 : *« Alors l'autre chose importante, c'est le temps[...]. C'est peut-être la chose qui m'inquiète[...], comment est-ce que tous, on va réussir, est-ce qu'on va nous donner du temps pour faire ça parce que ce n'est pas simplement se mettre derrière un écran, c'est beaucoup plus que ça, c'est construire une façon de travailler et transférer du contenu médical. »*

D1 : *« [...] c'est effectivement le problème du temps. Et là, je pense qu'il ne faut pas se faire d'illusion, cette activité-là, elle va être chronophage[...]. Donc il faut vraiment qu'on soit super motivé pour le mettre en place. J'espère que notre direction sera super motivée aussi pour nous aider dans cette mise en place [...]. »*

4.1.1.2. Les particularités décrites

Il va y avoir une première **phase d'appropriation**, les **besoins** vont être déterminés.

D2 : *« Moi je suis aussi dans l'inconnu, mais je ne suis pas inquiet, parce que je sais qu'il y a une première phase d'appropriation où il va falloir qu'ensemble, site par site, on détermine les besoins, et ce qu'on attend de nous. »*

Un des médecins perçoit un de ses **rôles** en gériatrie comme la **validation de pratiques infirmières**, permettant ainsi d'éviter le déplacement du patient.

D2 : *« [...] je pense que cet outil me servira de temps en temps, comme on le fait au téléphone, à valider les pratiques des infirmières, [...] c'est-à-dire, valider un diagnostic infirmier, qui pourra éviter de transférer un patient pour une simple question de responsabilité par exemple. [...] je pense que mon rôle va changer là aussi. »*

Il y aura un **échange** et une **complémentarité** entre le médecin et l'assistante de télémédecine, qui vont **travailler ensemble** dans cette **nouvelle pratique**, avec un **transfert**

de connaissances dans les 2 sens. Le temps d'échange est important, mais **l'IDE ne doit pas réagir à la place du patient.** Le fait d'être **peu nombreux** est noté comme un **avantage**, permettant de mieux se connaître.

D2: « [...]il faut que ce soit un échange, et je pense qu'on va construire [...] cette nouvelle façon de travailler en partant de là. [...] Et donc je n'ai pas forcément d'inquiétude. »

D1: « Ça c'est très important, parce que nous on a vraiment besoin de voir comment se comporte naturellement la personne. C'est vrai que si vous réagissez à sa place parce que vous le connaissez bien, il pourra y avoir une distorsion de l'appréhension des choses. Par contre, ce qui pourrait être intéressant, [...] c'est peut-être quand même d'avoir un temps d'échange, avant de voir le patient en téléconsultation, ensemble [...]. »

D1: « [...]c'est vrai qu'on n'est pas très nombreux, et d'un autre côté, c'est peut-être pas plus mal, parce qu'on va finir par se connaître, on va appréhender peut-être mieux les choses ensemble. »

D1: « [...]Cette complémentarité, on va l'apprendre entre nous. A un moment donné, il y a un transfert de connaissances qui va se faire dans un sens comme de l'autre. »

La téléconsultation est décrite comme **plus pertinente que le conseil téléphonique.**

D1: « [...]avec les soins palliatifs, j'ai beaucoup appris sur [...] le conseil téléphonique [...], donc sans les écrans, sans le soin, sans la personne sous les yeux. Et avec ça, je peux vous assurer qu'on faisait déjà pas mal de choses. Mais ce n'était pas pertinent. Quand on voit la personne, quand on a quelqu'un qui a une compétence, qui peut l'examiner à notre place, je pense que là du coup, on va être sur un autre degré de faisabilité on va dire, de consultation à distance. »

4.1.2. Les assistantes de télémédecine

4.1.2.1. Les appréhensions

L'**inconnu** génère une appréhension. Il a été demandé à 2 des IDE de participer à ces téléconsultations comme assistante de télémédecine, il ne s'agissait **pas d'une demande de leur part.**

I3: « [...] il y a quand même une petite angoisse car pour moi c'est quand même l'inconnu totalement, et puis en fait on m'a demandé de participer, ce n'était pas une demande de ma part si vous voulez. Comme je fais les consultations géroto avec Monsieur T,

donc on m'a dit que c'était à moi de m'y coller entre guillemets. Donc il y a quand même une petite appréhension parce que bon j'avais pas du tout réfléchi à ça donc pour moi c'est quand même l'inconnu et une surprise. »

I2 : *« C'est vrai que j'ai beaucoup de questions et d'interrogations dans le sens où je n'ai pas eu vraiment d'explications sur le rôle que vraiment nous les infirmières, [...] nous aurions à travers [...] cette nouvelle approche de la télémédecine. [...] Qu'est-ce que l'on devra faire exactement en fait ? C'est vrai que je n'ai pas eu plus d'informations par rapport à cela. On a juste eu un mail nous informant que la télémédecine allait s'installer sur l'hôpital [...]. C'est vrai qu'on est vraiment dans l'inconnu. »*

Le temps est également une inquiétude importante **pour 2 des IDE**. Pour la troisième IDE, il y aura probablement une perte de temps au début mais pour finalement en gagner par la suite.

I3 : *« [...] il y a l'autre souci, c'est le temps que ça va prendre dans la charge de travail [...]. »*

I2 : *« [...] l'inquiétude du temps fait aussi partie quand même de ma principale inquiétude parce que ici, c'est vrai que nous ne sommes que 2 infirmières par jour pour 115 résidents, donc pour retirer du temps pour faire des consultations entre guillemets. Honnêtement, même en ayant toute la meilleure volonté du monde, à un moment donné, je pense que ce ne sera pas réalisable en l'état actuel des choses, là sur l'établissement. »*

I1 : *« [...] effectivement au début je pense qu'on va un petit peu perdre du temps, un petit peu se chercher, mais à la fin, on en gagnera [...]. »*

4.1.2.2. Les particularités décrites

Le rôle de l'IDE n'est pas bien défini pour 2 des IDE par manque d'informations.

I2 : *« [...] à quoi allons-nous servir ? [...] c'est vraiment la question ce jour. À part être à côté du résident et faire le lien mais [...] Qu'est-ce que l'on devra faire exactement en fait ? C'est vrai que je n'ai pas eu plus d'informations par rapport à cela. »*

I3 : *« Je n'ai pas eu non plus d'informations pour savoir exactement quel va être notre rôle. Bon, je pense que ça va être un petit peu comme des consultations que je fais habituellement, je vais essayer de faire la même chose, en essayant de rester tout aussi naturelle, de faire passer des messages, parce qu'il y a quand même l'angoisse avec ce nouvel appareil qui va être là, donc faut se positionner et réussir à rester comme on est, une infirmière compétente en faisant abstraction de cette télévision [...] c'est pas évident [...]. »*

Pour la **troisième IDE**, son rôle doit être défini par un **protocole réalisé avec les médecins**, afin de connaître leurs **besoins** et d'**avoir à disposition tous les éléments utiles** lors de la téléconsultation. Son rôle consiste également à **préparer le patient** à la téléconsultation, et à être présente auprès de lui pour **transmettre le ressenti** éventuel du médecin.

I1: « *Nous notre rôle, je pense qu'il faut qu'on le définit avant, [...] je ne vais pas redire un protocole mais presque, [...] le faire avec les médecins, [...]. Il faut qu'on définit ce qu'ils ont besoin, eux, pour que la télé médecine se fasse au mieux, au plus court sans perte de temps, [...]. C'est-à-dire quel dossier, quelle info ils ont besoin. Nous, notre rôle, enfin pour moi, c'est d'avoir à disposition tout ce dont le médecin aura besoin pour faire sa consultation correctement, d'avoir préparé préalablement bien sûr la personne. »*

I1: « *[...] je pense qu'on a un gros travail d'avant, [...] pour rassurer les familles, rassurer les gens, les familiariser. »*

I1: « *Et puis alors le toucher, je pense que c'est nous qui tiendrons la main du patient à travers vos paroles [...] on gardera notre rôle d'infirmière [...]. »*

Une des IDE attend du médecin une **complémentarité**.

I3: « *[...] une complémentarité, [...] arriver à avoir plus de facilité [...] dans les consultations [...]. »*

La téléconsultation **permettra aux IDE d'être aux côtés du patient**, et d'**apporter des données complémentaires à l'interrogatoire, sans parler à la place du patient**. Il faudra probablement un **temps avant ou après** pour parler du résident.

I2: « *[...] je pense que ça ne peut être qu'intéressant pour nos résidents [...] d'être auprès d'eux pour par exemple réaliser une évaluation, [...], pour discuter en direct avec le médecin et dire comment ils sont, [...] quel est leur réel problème, mais en fait la plupart du temps, les gens n'arrivent pas à s'exprimer forcément sur leur quotidien, donc ça, ça me paraît intéressant. »*

I2: « *Je pense que dans notre rôle, il faudra que chacun garde sa place, et en tant qu'infirmière, on ne répond pas à la place des gens... Je pense que ça va être aussi une vigilance à avoir de notre part, ce n'est pas parce que nous sommes avec le résident qu'il faudra répondre à la place du résident. Nous sommes là pour apporter des compléments*

d'information quand le résident n'est pas forcément apte à répondre mais nous ne sommes pas là pour répondre à la place du résident. Il faudra que chacun reste à sa place. »

I1 : *« Il faudra sûrement un moment avant ou après, ou peut-être avant et après je ne sais pas, pour pouvoir parler du résident. »*

4.2. Deux mois après le début de l'expérimentation

4.2.1. Le médecin

4.2.1.1. Ressenti général

Le médecin **se sent bien** dans cette nouvelle pratique professionnelle, il est même **agréablement surpris**, et pense que le **développement** des téléconsultations va être **intéressant**. Ce type de consultation est **mieux** qu'une consultation « classique » lorsqu'il s'agit d'un **patient non communicant** lui permettant d'être accompagné par l'équipe, mais **moins bien avec un patient communicant** qui, entre autre, ne peut pas être examiné de la même façon.

D : *« Moi, je me sens plutôt bien. Je suis plutôt agréablement surpris par cette nouvelle façon de travailler. Donc c'est plutôt favorable. J'y vois aussi surtout un développement qui va être intéressant, puisqu'il est bien entendu que nous y allons pas-à-pas, progressivement, et que les choses vont évoluer dans le domaine de la gériatrie, entre autres. »*

D : *« Je pense que c'est mieux [...] avec un patient non communicant. C'est mieux une téléconsultation avec l'équipe qui a préparé le terrain derrière. Et je pense que c'est moins bien avec un patient communicant qui vient vous voir dans votre cabinet, et que vous pouvez interroger comme vous voulez, que vous pouvez examiner comme vous voulez. Ca ne remplace pas. »*

4.2.1.2. L'examen clinique

L'examen clinique est décrit comme une **limite** de la téléconsultation, le fait de **ne pas pouvoir toucher** rend plus difficile la prise de certaines décisions.

D : *« [...] je pense que ça c'est la limite, de ne pas pouvoir toucher effectivement. C'est un peu frustrant, et je pense que ce sera difficile de décider sans les mains quand même pour un certain nombre de choses. »*

4.2.1.3. La délégation de tâches

La délégation de tâches concernant la **préparation de la téléconsultation en amont** et des données de l'**interrogatoire** ne pose **pas de problème**. En revanche, la délégation de l'**examen clinique est difficile**. Il serait probablement plus facile de déléguer cet examen clinique à l'assistante de télé médecine, si celle-ci est **formée par le médecin** avec qui elle consulte.

D :« [...]pour l'examen clinique, je crois que ce sera difficile de déléguer. Pour le reste non, le recueil de données, la synthèse, etc... il n'y a pas de problème, les données de l'interrogatoire... Après, l'examen physique, ce sera compliqué de décider sans cet élément. À mon avis. »

4.2.1.4. Le diagnostic

Le diagnostic ne pose **pas de problème pour le type de téléconsultation réalisé**, à savoir le **suivi de patients déments**, et les **troubles du comportement**.

D :« [...]pour ce que j'en ai fait jusqu'à présent, ça ne m'a pas posé problème. Je rappelle que ce qu'on a fait, c'est du suivi de patients sous anti-démence, et parfois des troubles du comportement. Donc là, ça ne m'a pas posé de problème. En revanche, encore une fois, on n'a pas fait de diagnostic médical, on a fait du diagnostic psychocomportemental, c'est autre chose. »

4.2.1.5. Les avantages perçus

Les avantages perçus sont un **gain de temps pour le médecin** et un **gain de qualité de la consultation**. La **présence de l'IDE** en gériatrie est **enrichissante** et porteuse de témoignages de **l'équipe**.

D :« [...]les avantages c'est quand même le temps. [...]toutes les données dont j'ai besoin pour ma consultation me sont faxées à l'avance. Je lis les synthèses qui sont faites, je lis les éléments-clés de la consultation, et ensuite j'ai en face de moi quelqu'un qui connaît le patient, [...]et donc je gagne du temps par rapport à la même consultation dans un cabinet tout seul. »

D :« Et je dirai même que par rapport à ce qui peut se faire, versus le patient dans un cabinet médical, je pense qu'en qualité on y gagne aussi. »

D :« C'est l'infirmière, mais qui est porteuse aussi de tout le témoignage de l'équipe et de la psychologue, donc c'est très très riche pour nous. C'est beaucoup plus riche que de voir

un patient comme ça dans notre cabinet. [...] Il y a eu un travail fait par l'équipe, préparé, une synthèse qui est faite, et en plus l'infirmière en direct qui enrichit l'interrogatoire. [...] dans le domaine dont on parle, la gériatrie, [...] c'est un plus indéniable. »

4.2.1.6. Les limites perçues

Les limites perçues concernent **la qualité de la relation médecin/patient**, notamment par la différence de rendu du **non-verbal**, ainsi que **l'examen clinique** et l'absence de « **toucher** » possible évoqués précédemment. Du fait de ces éléments, le **domaine de l'urgence** semble être une limite, la prise de décision étant difficile, et la **primo-consultation** ne semble pas adaptée.

D:« [...]peut-être que mon avis ne sera pas le même dans quelques temps, on n'a pas fait pratiquement d'examen clinique, on a essayé de faire un palpé une fois, mais je pense que pour ce que j'en ai vu jusqu'à présent, ça constituerait pour moi une limite chez un patient qu'on ne connaît pas et qu'on voit pour la première fois, je pense qu'il est important d'avoir cet examen-là, et je pense que c'est difficile de le déléguer quelle que soit la spécialité. »

D:« [...]je pense qu'on ne peut pas avoir la même qualité de relation quand même, puisqu'il y a une partie de la relation médecin/malade qui est incomplète. Tout le non-verbal n'est pas rendu de la même façon, donc il y a forcément des choses qui n'émergent pas de la consultation. [...] des patients dépressifs par exemple, qui méritent un peu de temps,[...] qu'on instaure une vraie relation pour que les choses puissent sortir. [...] Pour des consultations où le rapport interpersonnel est utile. »

D:« Et puis sur le plan technique, j'ai peur que là aussi, on ne puisse pas tout faire. [...] dans le domaine de l'urgence par exemple, ça restera un peu compliqué de décider. »

4.2.1.7. Le type de téléconsultation

Le suivi en gériatrie est faisable par téléconsultation, mais il semble préférable pour la primo-consultation de maintenir une consultation « classique ». **La dermatologie** semble envisageable avec une meilleure qualité d'image. En revanche, **la neurologie** semble difficile du fait des difficultés notées précédemment liées à l'examen clinique.

D:« [...]je pense très nettement que le suivi est faisable, et que la primo-consultation mériterait d'être faite effectivement dans un cabinet avec un médecin. »

D:« *Le suivi en gériatrie[...] tout ce qui est du domaine de la gériatrie de liaison,[...] c'est-à-dire donner un avis sur un problème donné à partir des éléments rapportés par l'équipe [...]la gériatrie, dans le domaine du psycho-comportemental. »*

D:« *[...]je pense que la dermato, dès lors que l'outil technique suivra, [...] il n'y a pas de problème. »*

D:« *La neuro, ça me semble difficile quand même, pour les limites que je vous disais tout à l'heure, parce que l'examen clinique quand même est fondamental. »*

4.2.2. L'assistante de télémédecine

4.2.2.1. Ressenti général

Pour l'IDE, la téléconsultation et sa nouvelle pratique professionnelle lui **conviennent**.

I:« *Moi, ça me convient bien. Ça me convient bien personnellement, et je pense que du fait que ça convienne aussi aux résident[...]. »*

4.2.2.2. L'examen clinique et le rôle de l'IDE

L'IDE se sent dans la **capacité** de faire certaines choses **à condition d'avoir reçu une formation**, et **d'être dans une relation de confiance avec le médecin**. L'examen de l'IDE ne pourra pas remplacer un avis médical pour un examen clinique ou un diagnostic plus précis. Sa présence est **utile** auprès des patients pour la **répétition des propos du médecin** lorsqu'ils ne les entendent pas, et pour les rassurer. Pour un patient qui **communique bien** et qui n'a pas de difficulté à entendre les propos du médecin, sa présence est peut-être **moins utile**.

I:« *[...]je pense qu'on est capable de faire certaines choses, par contre il faut qu'il y ait vraiment une relation de confiance assez importante avec le médecin, et il faut une formation, on ne peut pas deviner ce qu'il cherche derrière un palpé de l'abdomen, ou ce qu'il cherche en écoutant au stétho, on ne peut pas savoir, on n'a pas appris nous. Donc on a vraiment besoin d'apprendre. Mais on aura quand même toujours une limite. On n'est pas médecin. On peut peut-être [...] dégrossir, on va peut-être dire [...], j'ai ressenti quelque chose ou je n'ai rien ressenti, j'ai entendu ou je n'ai pas entendu, mais si on veut quelque chose de pointu, je pense que de toute façon on aura besoin d'un avis médical. À mon avis. »*

I:« *[...]le résident [...] me connaît [...] donc je pense que pour lui[...] c'est plutôt rassurant. [...] je peux aussi traduire, j'ai besoin d'être là un petit peu pour la traduction. Oui je pense que c'est utile que je sois là. Par contre, pour quelqu'un de très bien, peut-être*

que je pourrai m'éclipser. Quelqu'un qui discute bien, qui a compris comment ça fonctionnait, peut-être qu'effectivement [...] ça serait bien que je m'en aille. »

4.2.2.3. Le transfert de compétences

L'IDE a beaucoup parlé du **transfert de compétences** et de **l'augmentation de ses connaissances** du fait de sa présence auprès du patient lors des téléconsultations, connaissances qu'elle peut ensuite transmettre au **reste de l'équipe**.

I: « *Moi j'ai appris [...]. Je pense que ça peut apporter, [...] en fait à toute l'équipe, parce que derrière moi je retransmets, je redis ce que j'ai appris. [...] ça peut, pour moi m'apporter, et pour l'équipe, que des connaissances supplémentaires. »*

I: « *Le fait qu'on puisse assister, [...] j'apprends des choses, parce que le médecin réagit devant le résident [...] de la façon de se comporter, ou dans un traitement [...], alors que sur une consult, si la personne part toute seule, je ne suis pas présente, j'ai un compte-rendu qui est beaucoup plus succinct, et qui me parle moins en tout cas. »*

4.2.2.4. Le temps

La **téléconsultation** en elle-même et les **ajustements** actuels prennent du temps. Sa **préparation** en amont en prend également un peu. Mais ce temps n'est pas pour autant perdu car il permet au résident de **gagner en bien-être**.

I: « *Alors c'est un temps qui est [...], j'allais dire reporté. C'est-à-dire que le temps que je passe à faire ma consultation, avant je ne le passais pas auprès de la personne, [...] je perds un petit peu de temps moi. Mais c'est pour en faire gagner en bien-être pour le résident, donc je pense que ce n'est pas un temps perdu. Pour préparer les dossiers, [...], je prends un peu de temps, mais ça ne m'en demande pas énormément. [...]. Le temps que ça me prend, c'est la consultation puis pour l'instant les ajustements qu'on fait un petit peu en dehors, mais qui vont disparaître tout doucement. Donc je ne pense pas qu'on perde de temps. »*

4.2.2.5. Les avantages perçus

Un des avantages perçus est le fait de pouvoir **assister** aux téléconsultations et ainsi **augmenter ses connaissances** et celles de l'équipe. Par ailleurs, la consultation **gagne en qualité** grâce aux informations supplémentaires apportés par la présence de l'IDE. Le fait de **ne plus déplacer les résidents** dans un lieu inconnu nécessitant un transport et des attentes longues est également un avantage perçu pour le patient.

I: « *Le fait qu'on puisse assister, [...] j'apprends des choses,[...] après, je peux apporter aussi à l'équipe [...].* »

I:« *[...]c'est ne plus déplacer les personnes sur un site inconnu pour eux, avec des attentes, avec un transport, [...], ils sortent de leur chambre, ils viennent en consult, ils repartent. Donc ça je pense que c'est quelques chose de très bien, de très intéressant pour eux.* »

4.2.2.6. Les limites perçues

Les limites perçues concernent les **patients présentant des hallucinations**, leur réaction face à cette consultation via un écran, ainsi que les **situations d'urgences**, la téléconsultation ne remplace pas le besoin médical dans ces situations.

I:« *[...]je me pose la question, pour quelqu'un qui a des hallucinations, de comment elle va percevoir le fait de voir quelqu'un qui lui parle et qui lui répond, ou qui lui dit bonjour à la télé. Je ne sais pas comment ça va se passer, peut-être bien.* »

I:« *Et l'autre limite c'est... de toute façon l'urgence restera la grosse urgence.[...] Quand il y a un besoin médical, il y a un besoin médical.* »

4.2.2.7. Le type de téléconsultation

La téléconsultation serait intéressante pour **les suivis**, permettant d'**éviter des déplacements et des attentes perturbantes pour les résidents**. La primo-consultation reste importante en consultation « classique ».

I:« *[...]la première consultation, je pense qu'elle est importante, et je ne dirai pas que tous les suivis pourraient être faits comme ça, mais des fois on envoie juste des gens en consultation [...] ils vont regarder le bilan et puis ils les font repartir, [...] tout ce qui est suivi, je pense sont amenés à être regardés de plus près, [...] pour éviter toujours ce transport, cette attente[...] Parce que pour eux, [...]ils n'ont plus envie[...], et puis ça les perturbe.* »

5) Ressenti concernant le patient

5.1. Avant l'expérimentation

5.1.1. Les médecins

Le patient qui assistera à la téléconsultation aura **donné son accord au préalable**, s'il a trop d'appréhensions il n'y assistera pas.

D2 : « [...] je pense que le préalable c'est l'accord du patient, donc je pense qu'il n'y aura pas de soucis de ce côté-là. Les gens qui auront trop d'appréhensions n'y viendront pas de toute façon. »

La téléconsultation sera **moins déstabilisante** car le patient restera dans son **milieu familial**.

D1 : « [...] le patient va être avec son infirmière habituelle, son entourage qu'il connaît bien. À la limite, il n'est même pas délocalisé comme ils arrivent chez nous sur un brancard où ils connaissent personne donc non au contraire, moi je pense qu'il y a un plus dans ce domaine-là. »

Les **appréhensions** des médecins concernent leur **relation personnelle avec le patient à travers l'écran et l'absence de contact possible**. Ces éléments reprécisent l'intérêt d'une primo-consultation « classique ». Le contact peut être **délégué à l'assistante de télémédecine** qui pourra le **transmettre au patient**.

D2 : « [...] les appréhensions sont forcément assez importantes puisque, est-ce que tout le contenu de la relation peut passer à travers un écran ? Est-ce que l'implicite de la relation peut se transmettre avec un écran ? [...], ça reste pour moi une interrogation, surtout avec des gens âgés, plus ou moins déments. Est-ce que j'arriverai à la même efficacité ? Est-ce que j'arriverai à avoir une relation personnelle avec les gens ? Et non plus seulement médicale, puisqu'on sait bien qu'il faut les deux pour que ça marche. Donc là, j'ai quand même des appréhensions, [...] et c'est pour ça qu'on parlait tout à l'heure plutôt de suivi que de primo-consultation, parce que rencontrer un patient au travers d'un écran, c'est peut-être pas la meilleure des choses, alors que le suivi de quelqu'un avec qui on a déjà noué des liens humains je dirai, c'est peut-être plus simple. »

D1 : « [...] il y a une chose qui me pose un problème d'emblée, c'est le contact [...]. La mise en relation je pense, [...] est aussi liée au toucher. [...] quand on est dans une démarche, on va dire empathique, on a besoin de ce contact. Là aussi, je pense qu'il y a une capacité de

délégation de ce geste-là, par l'assistante de télécommunication. [...] je crois que [...] nous dans notre discussion, on peut transmettre le ressenti qu'on a, que vous vous allez recevoir et que vous pourrez transmettre au patient. [...] Et je crois que [...] c'est le lien qu'on va avoir avec le télé-consultant à distance, qui va faire énormément de choses. »

5.1.2. Les assistantes de télémédecine

Une des IDE s'interroge sur la réaction qu'auront les patients. Les 2 autres IDE pensent que les patients seront rassurés d'être dans un lieu familier et accompagnés de l'IDE qu'ils connaissent. En revanche, pour les personnes désorientées, les réactions pourraient être surprenantes.

I2: « [...] comment les gens réagiront face à un écran, je ne sais pas, je suis dans l'interrogation. »

I1: « [...] je pense que le patient si nous on est là, on est des habitués, ils nous connaissent. »

I3: « [...] les gens qui ont l'habitude de [...] faire des consultations avec moi, je pense que pour eux comme je serai là, il n'y aura pas de soucis [...]. En plus [...], ils seront chez eux [...], ils connaissent bien. Maintenant, c'est vrai, des personnes un petit peu désorientées, s'ils nous disent qu'ils entendent des voix à la télé, on ne pourra plus leur dire « mais non vous avez tort » ! [...] je pense qu'on aura des surprises. »

Les patients pourront apprécier le fait de **ne pas se déplacer**, source de confort.

I2: « [...] je pense que ça ne peut être qu'intéressant pour nos résidents de ne pas forcément aller par exemple sur Machecoul [...]. »

I3: « [...] étant sur l'île d'Yeu, ce n'est pas toujours évident [...] de faire déplacer les gens sur le continent une journée pour 10 minutes de consultation, c'est sûr que c'est un gain de temps, de confort pour le malade, [...] je pense que le fait de ne pas se déplacer sur le continent, eux c'est ce qu'ils verront déjà dans un premier temps. »

5.2. Deux mois après le début de l'expérimentation

5.2.1. Ressenti du médecin

La réaction des patients et le non-verbal ne sont pas toujours bien perçus. Dans l'ensemble, les patients ne semblent pas avoir eu de difficultés. En revanche, la

téléconsultation est **plus difficile** pour les patients **non communicants**. Elle peut même être **déstabilisante pour certains patients déments**. La **présence de l'IDE est indispensable**, notamment lorsque les patients ne comprennent pas les propos du médecin.

D: « [...] l'impact n'est pas forcément toujours bien perçu, [...] le non-verbal est un petit peu mal perçu, mais en rappelant que j'avais des problèmes de caméra, de visuel qui n'était pas très bon. Mais jusqu'à maintenant [...] Mon ressenti [...], ma perception [...], n'était pas forcément parfaite, de la réaction des gens. »

D: « [...] pour ceux qui étaient non communicants, c'est un peu difficile [...]. J'ai le souvenir d'une fois, où une patiente très altérée sur le plan cognitif a été très interloquée et déstabilisée et peut-être pas très bien, et je crois même qu'on avait écourté un petit peu. [...] il y avait une incompréhension totale [...], donc on avait arrêté. »

D: « Sinon pour le reste, je n'ai pas eu l'impression que les gens aient été en difficulté. [...] ceux avec qui on a pu établir un lien, et bien ça semblait positif, le lien était plutôt correctement établi. »

D: « Il faut absolument que l'infirmière soit là quand même, parce que certaines de mes questions sont comprises, d'autres pas. C'est important qu'elle puisse les reformuler. »

5.2.2. Ressenti de l'assistante de télémédecine

Aucun patient n'a été réticent à la téléconsultation. L'IDE leur a demandé leur ressenti 2 jours après la téléconsultation : ils étaient plutôt **surpris** mais cela ne les a **pas dérangé ni gêné**, la téléconsultation leur a **évitée de sortir**. Le ressenti des **patients non communicants ou déments est difficile à apprécier**.

I: « [...] je leur ai demandé, [...] 2 jours après. [...] Pour les gens qui sont capables de raisonner, de parler, de s'exprimer, ils sont non réticents, ils disent tous oui pas de problème. Quand ils se retrouvent devant la télévision, ils trouvent ça surprenant [...]. Ça ne les dérange pas du tout. Ils sont plutôt surpris : « Ah mais le médecin il était à Machecoul, mais comment vous faites ? ». Mais ça ne les a absolument pas gênés [...]. Il y en a même qui m'ont dit que c'était bien comme ça leur évitait de sortir. »

I: « Il faut quand même souvent que je retraduise. [...] je ne sais pas si ça les rassure. »

I: « Et puis par contre pour les gens qui sont non communicants, ou déments, je ne sais pas s'ils se rendent compte vraiment de ce qui se passe en fait. Ils étaient devant la télé, ils répondent ou ils ne répondent pas, ou ils regardent à côté, mais je n'ai pas eu l'impression qu'ils saisissent vraiment ce qu'il se passait. »

DISCUSSION

1) Analyse des résultats de notre étude

1.1. Le matériel de téléconsultation

1.1.1. Généralités

Une des IDE avait précisé lors du premier entretien qu'il y aurait probablement des « petits flottements » au départ qui seraient normaux. Il se trouve effectivement que les principaux problèmes ont été liés au matériel. Pour autant, celui-ci est tout de même décrit comme un bon outil qu'il faut s'approprier avec la pratique. Les soignants n'ont pas d'inquiétude sur le devenir technique, une fois les problèmes résolus, cet outil sera encore meilleur.

De nombreuses études et rapports(1,4,17,23,25,27,39,65,70–72) décrivent que les difficultés techniques sont des sources de préoccupations au cours des projets pilotes, et parfois même des causes d'échecs. Une des causes principales d'échecs reste l'inadéquation entre les attentes des médecins et les solutions proposées par les informaticiens, la technologie doit être adaptée à la pratique quotidienne et pas l'inverse(27,73,74). Les questions d'ordre technologique peuvent également restreindre l'enthousiasme et la motivation des médecins. L'ergonomie du système dans son environnement d'utilisation et la possibilité d'introduire des correctifs et de faire évoluer les outils sont donc des éléments primordiaux(11,27,74,75).

Un des participants indiquait que l'utilisation du matériel était une appréhension, précisant notamment que du fait de son âge et du manque d'habitude lié à l'informatique, il avait besoin d'une utilisation simple et pratique du matériel de téléconsultation. Ces notions sont retrouvées dans les théories décrites dans la littérature concernant l'adoption des nouvelles technologies.

La **Théorie de l'Action Raisonnée** (TAR), de l'anglais « Theory of Reasoned Action » (TRA), développée par FISHBEIN et AJZEN en 1975 (76), est une des théories la mieux établie pour prédire et expliquer le comportement humain. Elle constitue un modèle général non spécifique et applicable dans n'importe quel contexte. La TAR suggère qu'un comportement particulier est déterminé par l'intention de l'effectuer, elle-même déterminée principalement par deux facteurs : « l'attitude à l'égard du comportement » et la « norme subjective ». L'« attitude à l'égard du comportement » reflète les influences personnelles, comment l'individu évalue l'exécution de ce comportement. Elle est déterminée par les croyances de l'individu sur le résultat de l'activité et la valeur perçue de ce résultat. La « norme subjective » colle à l'impact social, reflétant la perception de la personne des pressions sociales mises sur lui pour exécuter ou ne pas exécuter le comportement.

Le **Modèle d'Acceptation de la Technologie** (MAT), de l'anglais « Technology Acceptance Model » (TAM), proposé par DAVIS en 1989 est basé sur la TAR mais représente une variante s'appliquant spécifiquement au comportement d'adoption des technologies de l'information. Par rapport à la TAR, le MAT n'inclut que l'attitude dans la formation de l'intention et pas la norme subjective. L'attitude, et donc l'intention à utiliser la technologie, est elle-même déterminée par deux types de croyances : « l'utilité perçue » et « la facilité d'utilisation perçue » (76–79). Même si les deux croyances sont jugées comme étant des déterminants significatifs de l'intention d'utiliser la technologie, « l'utilité perçue » émerge comme un déterminant plus fort que « la facilité d'utilisation perçue » (76,78,80,81). À ce jour, ce modèle est une des contributions théoriques la plus importante pour la compréhension de l'utilisation et l'acceptation de systèmes d'information. La validité du MAT a aussi été testée dans d'autres domaines variés de la santé, comme l'intention des médecins d'utiliser la technologie de la télémédecine (77–79,81).

En réponse aux critiques concernant le fait que le MAT ne prend pas en considération les influences sociales dans l'utilisation des utilisateurs des systèmes, le **MAT2** a été créé par VENKATESH et DAVIS en 2000, en incorporant des constructions théoriques supplémentaires incluant les processus d'influence sociale (l'image et la norme subjective) et les processus cognitifs instrumentaux (la pertinence, la démontrabilité de la qualité et du résultat). En outre, ils considèrent également les influences apportées par l'expérience et le volontariat. La norme subjective est confirmée comme étant le déterminant le plus influent de l'« utilité perçue », le fait d'entendre des collègues décrire des expériences positives avec la télémédecine par exemple est un facteur qui influence les attitudes des médecins (76–78,80).

VENKATESH et ses collaborateurs, en 2003, ont tenté de combiner tous les modèles d'acceptation des utilisateurs des systèmes de l'information qui existent, et ont proposé un modèle intégré d'acceptation qu'ils appellent la **Théorie Unifiée de l'Acceptation et l'Utilisation de la Technologie** (TUAUT), de l'anglais « Unified Theory of Acceptance and Use of Technology » (UTAUT). Une partie importante de la TUAUT est l'inclusion des modérateurs « expérience », « volontariat », « sexe », « âge » et leur impact sur les différentes relations dans le modèle (76). L'âge élevé a été montré comme associé à des difficultés, ce qui implique que « la facilité d'utilisation perçue » est un déterminant fort pour les utilisateurs plus âgés (80). Comparées aux hommes, les femmes ont une plus grande anxiété des ordinateurs, « la facilité d'utilisation perçue » est donc plus importante pour les femmes. Les femmes ont également une plus grande sensibilisation aux sentiments des autres que les hommes, et sont donc plus susceptibles d'être influencées par les autres, différence directement reliée à l'influence de la norme subjective (80). Des études ont également montré que « l'expérience » peut être un autre facteur modérant la relation entre « la facilité d'utilisation perçue » et « l'utilité perçue ». Plus les utilisateurs ont d'expérience, moins il y a d'effet de ces croyances et plus les attitudes sont positives (77,80).

1.1.2. L'image

Aucun des participants n'avait d'appréhension concernant la **qualité de l'image**. Finalement après 2 mois d'utilisation, le médecin décrit une image au niveau du site local de mauvaise qualité avec présence de pixels. La téléconsultation dermatologique n'est donc pas réalisable pour le moment. Cette mauvaise qualité d'image limite également la perception de la réaction des patients et du non-verbal, il serait intéressant de réévaluer si ces éléments sont perceptibles avec une meilleure qualité d'image.

Cette mauvaise qualité d'image semble liée à la **connexion** via l'opérateur NOVASIGHT, puisque lorsque celle-ci est réalisée en point par point sans passer par cet opérateur, l'image est de meilleure qualité. Le phénomène de pixellisation peut être lié à une perte de données entre les 2 sites, et donc peut être la conséquence d'un problème lié à la connexion. Ce qui est étonnant, c'est que l'image du site distant soit de bonne qualité.

La **taille de l'écran** est adéquate pour les 2 sites, elle permet un rendu quasi réel de la téléconsultation comme si celle-ci était réalisée en face à face. Une étude a permis de démontrer que le positionnement de la caméra sur le dessus de l'écran simule le mieux une consultation en face à face (82). La taille de l'écran est importante, lorsqu'elle est trop petite (inférieure à 74 centimètres), les mouvements de chaque protagoniste, qui sont importants dans une communication à distance via un écran, ne sont pas bien perçus (82).

Le site local ne dispose que d'**un seul écran pour les différentes connexions**, ce qui est au détriment de celle avec le patient. La proposition est faite d'installer un écran pour chaque connexion : un pour le site distant avec l'image du patient et un pour l'affichage des données des dispositifs médicaux. L'affichage de l'image retour du site local pourrait être en plus petit sur le même écran que celle du patient, l'intérêt de ce retour d'image étant principalement que l'image soit bien centrée et zoomée sur le médecin. La meilleure visualisation de l'image du médecin (82) est lorsque la partie supérieure de l'écran est au-dessus de sa tête, et la partie inférieure sous la ligne des mamelons, permettant ainsi de mettre en évidence son visage, le haut de son torse et ses mains sur la table (voire éventuellement les bras entiers). Cette position permet de bien visualiser la communication non verbale du médecin (le regard, les gestes de la main (surtout lorsque celui-ci utilise beaucoup ses mains pour parler), le sourire, etc...). Cette position est décrite comme permettant de garder l'attention du patient, identique à celle des présentateurs de journaux télévisés (82).

À noter que **le médecin n'a pas d'ordinateur** lors des téléconsultations, élément qui semble important à avoir pour l'accès au dossier des patients suivis au CHLVO, pour l'accès au DMP très prochainement, et pour recevoir par mail des éléments tels que l'ECG pour une analyse plus fine.

La participante qui avait fait part d'une **appréhension pour parler face à un écran** n'était pas présente lors du deuxième focus group, cet élément n'a pas été rediscuté.

1.1.3. Le son

La qualité du son ne générant pas d'appréhension des participants. Après 2 mois de téléconsultations, il est rapporté que la **synchronisation audio/vidéo** est bonne. Cet élément est important pour que la téléconsultation soit la plus réaliste possible (82).

En revanche, il est rapporté un **temps de latence entre l'envoi et la réception du son** d'un site à l'autre. Du fait de ce délai, les interlocuteurs parlent parfois en même temps. Pour les soignants, cet effet est gênant mais il leur semble possible d'apprendre à parler avec celui-ci (toutefois, il est amélioré, cela serait encore mieux). En revanche pour les patients (d'autant plus s'ils sont âgés et +/- déments), ce délai est plus gênant car ils n'ont pas appris à parler de cette façon.

Ce délai dans les communications informatiques est appelé « lag »(83). Il désigne le temps nécessaire à un paquet de données pour passer de la source à la destination à travers un réseau. Chaque paquet transmis a donc une valeur de lag, néanmoins ce terme est utilisé pour désigner les délais plus longs perceptibles par les utilisateurs. Différents phénomènes peuvent occasionner un lag, une bande passante insuffisante est une des causes possibles. La transmission de la vidéo est prioritaire par rapport au son, créant ainsi un lag sur le son. La bande passante utilisée pour les téléconsultations au CHLVO est de 4 mégas bits à débit garanti montant/descendant, avec utilisation d'un réseau prioritaire. Est-ce que cette bande passante déjà conséquente est encore insuffisante ? Y a-t-il une autre cause à l'origine de ce lag ?

Il est également noté **que le son n'est pas adéquat pour des patients qui n'entendent pas bien**. Lorsque le volume est trop augmenté, le son sature. L'IDE doit donc répéter les propos du médecin au patient, ce qui ne le gêne pas, mais par contre peut empêcher le médecin d'appréhender parfois la réaction du patient. Cet élément est une notion importante, puisqu'en gériatrie, l'hypoacousie est fréquente. Le médecin et l'IDE pensaient à l'installation de casques pour contourner ce problème de surdité des patients âgés. Ceux-ci n'ont pas encore été fournis ni expérimentés. Est-ce qu'ils seront adaptés ? Un patient dément va-t-il accepter ce casque ? Il serait intéressant d'étudier l'acceptabilité de ces casques et s'ils permettent de pallier la diminution d'audition des patients âgés. Un élément important à noter est que tous les autres problèmes décrits (image, son, dispositifs médicaux) sont des problèmes techniques liés au matériel et donc potentiellement améliorables. Ce problème est le seul identifié qui soit lié à la personne et donc qui sera probablement plus difficile à résoudre.

Il est intéressant de noter que deux études sur l'évaluation de téléconsultations en psychiatrie réalisées en 1998 et 1999(70,71), évoquaient déjà quela qualité du son (avec notamment le décalage avant de parler considéré comme « dérangent » et « fatigant ») et la qualité del'image (avec notamment la pixellisation) étaient les domaines identifiés comme nécessitant une amélioration. Quatorze ans plus tard, malgré l'évolution technologique, ces problèmes sont toujours évoqués.

1.1.4. Les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux n'ont **pas tous été utilisés** du fait du type de téléconsultation réalisé, à savoir le suivi de patients sous anti-déméntiel et les troubles du comportement. Ils ont toutefois **été testés** permettant aux soignants de donner leur ressenti vis-à-vis de ceux-ci.

Concernant l'**ECG**, il manque un gel pour les électrodes, ce problème est donc facile à résoudre par l'achat d'un gel. Un problème concernant l'enregistrement de l'ECG a été noté lors du test, les participants ne savent pas si celui-ci a été résolu.

Concernant la **caméra dermatologique**, elle très précise mais ne donne pas une image naturelle. Ceci est gênant par exemple pour une plaie où l'aspect, la couleur, la présence d'un suintement, l'inflammation potentielle en périphérie sont des éléments importants à analyser, et donc qui peuvent être biaisés par la modification de l'aspect lié à la caméra dermatologique. Cet élément est important à signaler et à résoudre, ceci pouvant interférer sur un diagnostic dermatologique.

La manipulation du bras de la caméra dermatologique n'est pas pratique, et son installation sur un adapte-table n'est pas adéquate. L'IDE propose de l'installer sur un pied central identique à un tensiomètre, la mobilisation sera plus facile et moins encombrante. Concernant le bras articulé, il n'y a pas eu de proposition de faite de la part de l'IDE. Actuellement l'articulation du bras se fait manuellement à différents niveaux. A notre époque de technologie avancée, n'est-il pas possible de trouver un système avec une télécommande permettant de mobiliser la caméra aisément ?

Pour l'**otoscope**, le test a été positif, il fonctionne bien.

Pour l'ensemble des dispositifs médicaux, l'IDE a noté que **les fils étaient gênants**, empêchant de tourner autour du patient, et surtout à risque de chute (du soignant, du patient et du matériel). Elle a soumis l'idée d'un système de rail situé au-dessus, permettant de prendre le matériel sans que les fils gênent et ainsi pourvoir circuler librement autour du patient. Mais encore une fois, avec une telle technologie moderne, ne serait-ce pas plus intéressant de concevoir des dispositifs médicaux sans fils ?

Les **dispositifs manquants** actuellement sont le stéthoscope numérique et le bladder scan, tous deux indispensables pour le développement de téléconsultations médicales, en gériatrie et dans les autres spécialités.

Toutes **ces améliorations sont importantes à réaliser**. Les téléconsultations vont se développer après la phase d'expérimentation, et s'étendre vers d'autres spécialités dont certaines avec un usage plus médical qu'actuellement. Il est donc important que l'ergonomie soit la meilleure possible, et il est primordial que la fiabilité des dispositifs soit la plus optimale pour un diagnostic le plus fiable et précis possible.

1.1.5. Les pannes

Les pannes n'étaient pas un élément générateur d'appréhensions. Après 2 mois de téléconsultations, il n'y a pas eu de panne, donc l'absence d'appréhension était justifiée. Le seul évènement survenu est une rupture de faisceau, qui a été résolu rapidement suite à un appel téléphonique. Cette rupture de faisceau a été sans conséquence sur la téléconsultation. Il est important de noter que la gestion de cet évènement indésirable a été très rapide, la hotline étant donc très efficace. Le service d'assistance en cas de problème technique est important pour une adhésion optimale au projet et donc une utilisation pérenne (10).

1.1.6. La formation

Un des participants avait une appréhension concernant l'utilisation du matériel, cette appréhension étant liée notamment à son âge et au manque d'habitude des outils informatiques. Pour lui, un protocole bien cadré, pragmatique et simple était donc primordial. Pour les autres participants, il n'y avait pas d'appréhension s'il y avait une formation associée à ce protocole. Finalement, la formation du médecin a consisté uniquement à l'utilisation de la télécommande, qu'il décrit comme non compliquée, et qu'il va s'approprier avec l'expérience. Pour l'IDE, la formation a été très rapide mais suffisante, l'utilisation du matériel n'est pas compliquée, et elle va s'approprier le matériel également avec l'expérience. La formation a donc été courte mais suffisante pour les 2 soignants, tous deux précisant que l'expérience permet de s'approprier le matériel. Le fait de ne pas avoir d'appréhension à ce sujet pour ces 2 protagonistes était donc justifié.

Les principaux obstacles au succès de la télémédecine sont le plus souvent liés à l'adaptation des cliniciens et des usagers à cette technologie. Il est donc important de gérer et d'accompagner ce changement par une formation adéquate. La formation des utilisateurs est un aspect souvent négligé. La bonne utilisation de la technologie dépend étroitement de la manière de former les utilisateurs (11,17,27,32,72,73,75,84,85). La formation est

généralement très courte, mais s'inscrit dans le cadre d'une formation globale et complète à l'usage technique, à la nouvelle organisation et aux procédures. Ces formations sont généralement réalisées par les médecins et le constructeur en première intention (17). La disponibilité des fournisseurs et leur capacité à offrir une formation de base concernant leurs équipements est un facteur important (65).

Le CNOM, dans son livre blanc (7), précise qu'une formation appropriée est nécessaire, concernant le maniement des instrumentations utilisées, leurs indications et leurs limites. Il précise qu'il ne s'agit pas de transformer les médecins en informaticiens, mais de faciliter la maîtrise des outils permettant le recueil, la gestion et la communication des informations qu'ils sont amenés à traiter de manière électronique, et cela dans les meilleures conditions de sécurité au bénéfice du patient. Le rapport de l'ANAP de mai 2012 (17) n'a pas identifié de formation initiale spécifique en télémédecine dans les 25 projets nationaux français analysés, ce qui s'explique par le caractère pionnier des projets. Les formations au dispositif de télémédecine sont mises en place dans chaque projet et se professionnalisent au fur et à mesure de leur maturité. Cette formule est acceptable dans les limites d'une expérimentation (7), mais elle ne peut perdurer dans le cadre d'un programme d'extension des applications de télémédecine. Le CNOM recommande donc que tout projet de télémédecine comporte un volet relatif à la formation permanente des professionnels impliqués.

La question des nouveaux métiers en télémédecine peut donc être posée, par l'acquisition de nouvelles activités et de nouvelles compétences qui nécessitent une formation adéquate (17,32,70,86). Un certain nombre de nouvelles appellations de poste ont été relevés dans l'analyse des 25 projets français (17) : assistant de télémédecine (assure la coordination autour du patient lors de la séance de téléconsultation), IDE coordonnateur de télémédecine (coordonne la prise en charge du patient en télémédecine), assistant technicien télémédecine (assure la maintenance technique auprès du patient en télésurveillance), chef de projet télémédecine (coordonne le projet auprès des différentes parties prenantes). Dans son rapport (4), Pierre Lasbordes préconise la mise en place pour tous les professionnels de santé (médecins, infirmières, etc...) d'une formation universitaire concernant la télémédecine et le domaine plus large de la télésanté. Pour les professions techniques, il considère qu'il est nécessaire qu'elles acquièrent des connaissances de base dans le domaine médical et paramédical leur permettant un dialogue fluide et riche avec les professionnels de santé. De nouvelles formations doivent ainsi être créées avec la définition de nouveaux métiers, que ce soit dans le secteur de l'ingénierie ou celui de la santé (diplôme universitaire de télémédecine, intégration de la formation dans le DES de diabétologie, néphrologie, etc...)(4,87).

1.2. Les nouvelles pratiques professionnelles

1.2.1. Le ressenti général

Le ressenti général des soignants après 2 mois de téléconsultations est positif. Le médecin précise même être agréablement surpris par cette nouvelle façon de travailler.

Lors du premier entretien, il avait été noté que le fait d'être peu de soignants initialement à expérimenter le projet était un avantage, leur permettant ainsi de mieux se connaître, et d'appréhender les choses ensemble. Lors du deuxième entretien, ils étaient finalement encore moins nombreux. Cette notion n'a pas été reprécisée, mais nous avons constaté une bonne entente entre les 2 protagonistes, qui ont essayés de trouver des solutions ensemble aux problèmes rencontrés.

Une expérience de télépsychiatrie indiquait l'importance d'un lien entre les professionnels de santé, permettant de créer un climat de confiance (70). Un projet allemand précisait qu'il était intéressant que les réseaux gardent une taille limitée afin de faciliter les échanges d'expérience entre professionnels (11).

1.2.2. Le manque d'information et le volontariat

Deux des IDE avaient une appréhension et n'avaient pas d'idée bien définie concernant leur rôle lors de téléconsultations. Elles justifient cette appréhension par un manque d'informations générant l'inconnu de tous ces éléments, et par le fait que leur participation à ces téléconsultations n'était pas une demande de leur part. Ces 2 IDE n'ayant pas réalisé de téléconsultations, nous n'avons pas pu connaître l'évolution de leur ressenti lors de notre deuxième entretien. Il est tout de même intéressant de noter que les explications semblent très importantes dans une telle expérimentation, afin de ne pas générer d'inconnu et d'appréhension, notion également retrouvée dans une étude au Canada (65). Par ailleurs, le volontariat pour participer à une nouvelle expérimentation semble également une notion importante.

Le rapport du Docteur SIMON et de Madame ACKER de 2008, et celui de Monsieur LASBORDES en 2009(1,4), précisent qu'un des freins du déploiement de la télémédecine est lié au corps médical qui est souvent mal informé et craintif.

1.2.3. Le rôle de l'assistante de télé médecine

La troisième IDE, qui était également présente au deuxième entretien, n'avait pas d'appréhension envers les téléconsultations. Elle percevait différents rôles concernant l'assistante de télé médecine :

- préparer le patient et sa famille avant la téléconsultation,
- rédiger un protocole en lien avec le médecin, dans le but de définir ses besoins et d'avoir tous les éléments à disposition lors de la téléconsultation pour que celle-ci se déroule le mieux possible,
- être auprès du patient pour transmettre le ressenti éventuel du médecin par le toucher, un des rôles importants de l'assistante de télé médecine (88).

Ces rôles ont été confirmés par la pratique des téléconsultations pendant 2 mois. S'y ajoute également :

- la possibilité d'apporter une richesse à l'interrogatoire de la téléconsultation, par son témoignage mais aussi, par son intermédiaire, celui de l'équipe de l'EHPAD. Le médecin décrit ce transfert de compétences (préparation en amont des propos de l'équipe et de l'IDE) comme un « plus indéniable » dans le domaine de la gériatrie,
- la répétition des propos du médecin pour les patients qui n'entendent pas bien, les troubles auditifs constituant une barrière à la communication (88),
- sa présence peut être rassurante pour le résident qui la connaît, élément également décrit dans une expérience grenobloise en gériatrie(88),
- sa présence est moins utile pour les patients qui n'ont pas de problèmes d'audition et qui communiquent bien, l'IDE propose alors de laisser peut-être le patient seul en consultation, ce qui n'a pas encore été réalisé.

Lors d'expériences de télépsychiatrie ou encore dans le projet Télégéria, il est rapporté que le médecin ne peut toucher ni examiner le patient du fait de l'absence de contact physique dans ce type de consultation. Il a donc besoin d'un médiateur auprès du patient, c'est un des rôles de l'assistante de télé médecine. Lors de la téléconsultation, une partie de l'organisation est également déléguée(17,32,65,70,86,89,90).

Le projet Télégéria décrit quatre rôles pour l'assistante de télé médecine (32,86) :

- la maîtrise technologique de la plate-forme,
- une fonction relationnelle avec le patient qui permet de maintenir la relation humaine : accueil du patient, explication du fonctionnement, etc...,
- la médiation selon les besoins du spécialiste : caméra dermato, description de lésion, otoscope, etc...,

- une mission d'organisation pour veiller à un fonctionnement efficient : gestion des dossiers des patients, recueil des données préparatoires à l'entrevue (70), etc...

D'autres rôles ont été décrits dans d'autres études :

- rapporter les signes présentés par le patient qui ne sont pas toujours perceptibles par le médecin à travers l'écran (tremblements, sueurs, etc...) (70),
- le rôle pivot de l'infirmière coordinatrice en EPHAD dans l'accompagnement du patient âgé psychiatrique garantissant le lien social et clinique entre le médecin et le patient(17,41,90),
- installer une relation de confiance et favoriser le dialogue avec les spécialistes à distance (11,88).

1.2.4. L'examen clinique

Il y avait une appréhension de la part des médecins concernant l'examen clinique, le fait de ne pas pouvoir toucher, ni ressentir le palpé. Il est par ailleurs évoqué qu'il y aura probablement des données de l'examen clinique qu'il ne sera pas possible d'avoir. Cette appréhension est confirmée 2 mois après l'expérimentation. Pour le médecin, l'examen clinique est une des limites perçues de la téléconsultation. Le fait de ne pas pouvoir toucher rend plus difficile la prise de décision. Il parle même de frustration de ne pas pouvoir toucher le patient. L'IDE, n'ayant pas les connaissances médicales et ne sachant pas ce que le médecin recherche précisément par son examen clinique, se sent capable de faire certaines choses s'il y a une formation préalable et s'il y a une relation de confiance importante avec le médecin. Mais dans le cas d'un diagnostic plus précis, ou dans les situations d'urgences, elle considère qu'elle ne remplacera pas le médecin qui est alors indispensable. Il est souligné que si cette formation était dispensée par le médecin lui-même, peut-être que cette délégation de l'examen clinique serait plus facile. Il serait intéressant de réévaluer cette notion, l'examen clinique étant important. Nous pouvons également noter l'intérêt d'un bladder scan dans la recherche d'une rétention urinaire, permettant de pallier le fait de ne pouvoir chercher un globe cliniquement.

Une étude australienne avait pallié la difficulté de l'examen physique en remplaçant l'IDE par un interne dans le rôle de l'assistant de télé-médecine aux côtés du patient. Cette solution était considérée comme plus coûteuse, et ils notaient que l'IDE pouvait devenir efficace dans l'examen clinique avec une formation spécifique (91). Au même titre que la téléassistance chirurgicale ou le projet « Melody » de télé-échographie robotisée à la réunion(92), est-il possible de développer des mains à distance capables d'être commandées et de reproduire la sensation du toucher ?

1.2.5. La délégation de tâches

Il y avait une crainte de la part des médecins concernant le transfert d'une partie du contenu de l'acte médical vers l'IDE, son type et ses responsabilités. Finalement, après 2 mois, la délégation de tâches concernant la préparation en amont de la téléconsultation n'a pas généré de crainte. En revanche, la crainte s'est confirmée en ce qui concerne l'examen clinique encore une fois.

Une expérience rapporte que la téléconsultation nécessite un apprentissage de l'IDE pour travailler avec le médecin (70). Il est noté également que plus le transfert d'activités du médecin vers le personnel paramédical est important, plus la formation doit être conséquente (17).

La confiance mutuelle entre les personnels de santé est considérée comme importante. Le médecin doit être capable de faire confiance aux IDE afin de pouvoir prendre des décisions médicales fondées sur des renseignements qu'elles lui fournissent (90,93).

L'inquiétude concernant cette nouvelle répartition des tâches constitue parfois une barrière à l'utilisation de la télémédecine (11,65).

Un projet de télémédecine repose sur une nouvelle organisation des soins et des pratiques professionnelles. Un des facteurs clés du succès de la mise en place d'un tel projet est la présence d'une organisation adaptée et protocolisée, ainsi que l'appropriation par les acteurs de soins de cette nouvelle organisation et des nouvelles pratiques. Le projet doit être testé et évalué. La définition des rôles et responsabilités des différents acteurs participant aux projets est cruciale, définissant les éventuels transferts de compétences et délégations de tâches réalisés ainsi que les coopérations entre professionnels pouvant être mises en œuvre. Pour cela, il est nécessaire de rédiger des conventions, contrats, fiches de poste, protocoles, conduites à tenir ou arbres décisionnels entre les différents acteurs du projet (11,17,21,23,27). La rédaction de protocoles de coopération entre les professionnels de santé est inscrite dans l'article 51 de la loi HPST de 2009 (13).

1.2.6. Le transfert de connaissances

Les impressions initiales des soignants étaient qu'il y aurait un transfert de connaissances lors des téléconsultations, transfert probablement dans les 2 sens. Lors du deuxième entretien, l'IDE a beaucoup parlé de l'augmentation de ses connaissances du fait de sa présence aux côtés du patient lors des téléconsultations. Elle précise qu'elle peut ensuite transmettre ses connaissances au reste de l'équipe soignante, ce qui permet une meilleure prise en charge du patient en comprenant pourquoi il a ce comportement, pourquoi tel

traitement a été instauré, etc... Ce transfert de connaissances est vraiment perçu par l'IDE comme un avantage de ces téléconsultations.

Le CNOM précise dans son livre blanc (7), que la pratique de la télémédecine représente une activité transversale, basée sur une mise en complémentarité de compétences.

Le Docteur ESTERLE et le sociologue MATHIEU-FRITZ ont étudié dans le cadre du projet Télégéria(17), les conséquences de la téléconsultation sur les pratiques professionnelles. Ils mettent en avant que les téléconsultations introduisent des échanges de savoir et de savoir-faire entre médecins et soignants au bénéfice du patient. Le Dr ESTERLE précise que cette transmission de connaissances est parfois bilatérale mais qu'elle peut se faire de manière totalement informelle et indirecte, la transmission des connaissances n'est pas le but premier, mais constitue un moyen pour une fin, telle que la bonne réalisation du diagnostic, du traitement et des soins.

Dans la plupart des 25 projets nationaux étudiés par l'ANAP (17,23), les soignants décrivent un apport très positif de la télémédecine à leur pratique professionnelle. Les téléconsultations notamment favorisent le partage de connaissances et l'enrichissement mutuel.

D'autres expériences européennes et canadiennes(8,11,39,65) mettent en évidence cet enrichissement de connaissances et de compétences des IDE au travers des téléconsultations. Ces téléconsultations permettent une meilleure connaissance de la pathologie du patient, le réflexe clinique des IDE est amélioré et les compétences acquises leur servent en dehors des activités reliées à la télémédecine.

1.2.7. Le diagnostic

Le diagnostic ne pose pas de problèmes pour le type de consultation réalisé, à savoir le suivi de patients sous anti-démence, et parfois des patients avec des troubles du comportement. Il serait intéressant d'étudier la faisabilité et la fiabilité de diagnostics plus médicaux après la phase de développement des téléconsultations.

Une expérience de télépsychiatrie (70) avait rapporté que la fiabilité du diagnostic était une condition essentielle au fait que les professionnels adoptent ou non les téléconsultations. Il avait également été noté que la fiabilité du diagnostic reposait aussi sur la présence de l'infirmière qui palliait aux lacunes de la technologie.

1.2.8. Le type de téléconsultation

Le type de consultation (primo-consultation/suivi) était une des questions soulignées lors du premier entretien, notamment du fait de l'appréhension des médecins concernant l'examen clinique et la délégation de tâches. Après 2 mois d'expérimentation, il est conclu que le suivi en gériatrie des patients sous anti-démence est parfaitement adapté à ce type de consultation, excepté pour les patients très altérés sur le plan cognitif pour qui la téléconsultation est encore plus perturbante, ou encore pour les patients présentant des hallucinations. En revanche, la primo-consultation ne semble pas adaptée, du fait notamment des difficultés liées à l'examen clinique, et à la moindre qualité de la relation médecin/patient. Les 2 soignants sont d'accord sur l'importance de la primo-consultation « classique ». L'IDE pointe le fait que la téléconsultation serait à étudier pour tous les types de suivi. Les 2 soignants sont également d'accord pour dire que la téléconsultation n'est pas adaptée aux situations d'urgence. Dans l'ensemble pour le médecin, la téléconsultation est mieux qu'une consultation « classique » pour les patients non communicants pour tous les avantages liés à la présence de l'assistante de télé-médecine, et moins bien pour un patient communicant interrogeable qui peut venir au cabinet et qu'il sera possible d'examiner. La téléconsultation a toutefois l'avantage de ne plus déplacer les résidents sur un lieu inconnu avec des transports et des attentes longues et perturbantes.

Une étude de télépsychiatrie (94) rapportait que le fait d'avoir vu auparavant le patient en personne permettait de réduire les effets négatifs possibles de la téléconsultation, notamment sur la relation médecin/patient. Les téléconsultations peuvent être un moyen efficace d'effectuer des visites de suivi afin d'améliorer la continuité des soins (74).

1.2.9. Le temps

Les 2 médecins avaient une inquiétude concernant le temps. Cette activité était perçue comme chronophage et nécessitant une motivation importante de leur part et de la direction. Cette inquiétude du temps concernait également 2 des IDE, la troisième IDE précisant qu'il y aurait probablement une perte de temps initialement lors de la mise en place, mais qu'il y aura un gain de temps par la suite. Finalement après 2 mois de téléconsultations, le temps n'est plus une inquiétude, il est même perçu comme un avantage de ces téléconsultations. Le médecin, grâce à la délégation de tâches, possède tous les éléments concernant le patient avant sa consultation (antécédents, biologiques, synthèse de l'équipe et de la psychologue, etc...). Il bénéficie également de la présence de l'IDE pendant la consultation, ce qui lui permet d'enrichir les données de l'interrogatoire. Il y a donc un gain de temps mais aussi un gain de qualité de la consultation, celle-ci étant plus contributive que lorsque le patient vient seul en consultation, n'étant pas toujours capable de s'exprimer sur son quotidien, ses symptômes, etc... Cet élément avait été signalé comme bénéfique prévisible avant le début des

téléconsultations, les IDE avait déjà perçu cette présence aux côtés du patient comme un avantage dans ces évaluations gériatriques, tout en restant vigilant de ne pas parler à la place du patient. Pour l'IDE, c'est principalement la téléconsultation en elle-même qui prend du temps, et non la préparation en amont. En effet, il s'agit de temps supplémentaire qu'elle ne passait pas auparavant auprès du résident. Tous les ajustements encore présents pour le moment prennent également du temps. Mais elle précise que ce temps passé est pour le bien-être du résident, et que la perte de temps liée aux ajustements va disparaître petit à petit. Elle conclue en disant que ce n'est pas un temps perdu. Il est intéressant de noter cette appréhension du temps qui finalement s'est transformée en avantage pour le médecin et en bénéfice pour le patient.

Une étude précise que le recueil de données en psychiatrie (70) se veut plus exhaustif, plus élaboré pour, entre autres, aider le psychiatre à établir un contact rapide avec le patient. Ce constat s'applique également à la psychogériatrie.

Une étude de téléconsultations en gériatrie (90) rapporte que l'IDE doit fournir des informations bien structurées préparées à l'avance, pour que le médecin puisse prendre des décisions appropriées. Les téléconsultations, par conséquent, exigent plus de préparation que les consultations « classiques ».

Un des points faibles des téléconsultations rapportés dans une étude (39) est le manque de reconnaissance du temps infirmier passé. L'investissement en temps des soignants étant non négligeable, la rémunération de l'acte de télé médecine est nécessaire pour une adhésion et une reconnaissance de celle-ci (7,10,74). La rémunération des actes de télé médecine constitue un frein actuellement. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2010 (95-97), est venue compléter le dispositif légal encadrant les activités de télé médecine par la mise en place d'une mesure facilitant sa rémunération. Elle enlève deux obstacles majeurs à sa pratique : l'obligation de réaliser un examen clinique pour facturer une consultation et la délégation possible de la facturation d'un acte de télé médecine par le professionnel de santé qui le sollicite. Le décret d'octobre 2010 prévoit que le remboursement de ces actes soit autorisé par l'assurance maladie. Toutefois ceux-ci ne sont encore ni inscrits ni définis dans la base de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). La tarification et la valorisation des actes est la clé de voute de l'existence et de l'extension de la télé médecine. Le développement de la télé médecine est conditionné par l'évolution de la législation d'une part, et de la nomenclature d'autre part (1,4,7,11,23,27,73,95). Au ministère de la Santé, on estime qu'il est trop tôt pour parler de nomenclature des actes, et qu'il faut évaluer d'abord l'aspect médico-économique des prestations, les coûts qu'elles induisent et les économies apportées. Des études ont été lancées sur l'aspect médico-économique, mais les premiers résultats ne sont attendus qu'en 2013 (98).

1.3. Les patients

Lors du premier entretien, il n'y avait pas d'appréhension concernant le ressenti du patient puisque celui-ci donnera au préalable son accord. Au final, tous les patients à qui la téléconsultation a été proposée ont acceptés. Leur ressenti recueilli 2 jours après était positif : les patients étaient plutôt surpris de pouvoir communiquer avec le médecin qui se situait sur Machecoul, mais cela ne les a pas dérangé ni gêné. L'IDE les a senti plutôt à l'aise.

Il était envisagé initialement que la téléconsultation serait moins déstabilisante, les patients restant dans leur milieu familial accompagnés de l'infirmière qu'ils connaissent. En revanche, pour les patients désorientées, il était noté que la réaction pourrait être surprenante. Finalement, pour ces patients déments, le ressenti a été difficile à évaluer, et pour une patiente très altérée sur le plan cognitif, la téléconsultation a été très déstabilisante, ayant entraîné un arrêt prématuré de celle-ci. Une étude de téléconsultation de psychologie clinique en gériatrie(88) avait rapporté une bonne acceptation de la téléconsultation par les patients déments, avec une aisance et une spontanéité à s'exprimer face à l'écran, alors que les patients non déments présentaient parfois une intimidation ou une inhibition. Mais dans cette étude la moyenne d'âge est de 82,4 ans, 88 ans pour notre étude, et les MMS des patients déments varient de 16 à 24, ceux de notre étude allant de 10 à 20 dont 2 n'ont pu être réalisés.

Les soignants avaient noté lors du premier entretien, que les patients apprécieraient probablement le fait de ne pas se déplacer. Certains patients ont effectivement exprimé cette notion comme un avantage. Les patients d'une étude de télépsychiatrie (70) évoquaient également cet avantage.

Les médecins avaient fait part de leur appréhension en ce qui concerne leur relation personnelle avec le patient à travers l'écran de téléconsultation, d'autant plus avec des patients âgés plus ou moins déments, et l'absence de contact relationnel considéré comme important dans une démarche empathique. Ces appréhensions se sont avérées justifiées, après 2 mois de téléconsultations le médecin précise qu'il n'a pas toujours bien perçu la réaction des patients ainsi que le non verbal, notamment pour une patiente avec des symptômes dépressifs. Cette notion est à remettre dans le contexte de la mauvaise qualité de l'image au niveau du site local, elle serait donc à réévaluer lorsque l'image sera plus nette. Deux études de télépsychiatrie et de psychologie clinique en gériatrie(88,94) rapportent tout de même cette difficulté de ressenti concernant le non verbal. Une des inquiétudes des professionnels de santé retrouvée à plusieurs reprises concernant la télémédecine, est la crainte de la déshumanisation de la relation médecin-malade (1,4,23,73).

2) Le choix de la méthode du focus group

La méthode du focus group est adaptée à notre étude. Nous cherchions à recueillir des données qualitatives correspondant au ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations, les entretiens collectifs ont permis aux participants d'évoquer leurs impressions mais aussi d'échanger entre eux, avec parfois des ressentis divergents, mais chacun a pu s'exprimer librement.

3) Les biais de notre étude

3.1. Les biais liés aux participants

Nous n'avons pas eu le même nombre de participants au premier et au deuxième focus group. Il aurait été intéressant d'avoir les mêmes personnes aux 2 entretiens, ce qui nous aurait permis d'analyser, en plus des résultats généraux, l'évolution du ressenti d'une même personne.

Les participants de notre étude étaient tous d'accord pour expérimenter les téléconsultations, ce qui a pu biaiser notre premier entretien sur les appréhensions, celles-ci étant peut-être moindre chez ces personnes volontaires. Il serait intéressant de réaliser une autre étude sur les appréhensions de personnes ne voulant pas utiliser les téléconsultations, de façon à explorer si ces appréhensions sont les mêmes que celles des résultats de notre étude.

Pour le deuxième entretien, il n'y avait qu'un médecin et qu'une IDE, ce qui n'apporte qu'un seul ressenti pour chaque corps de métier. Par ailleurs, les ressentis recueillis sont propres aux téléconsultations réalisées entre le CHLVO et l'EHPAD de Commequiers avec l'utilisation du matériel spécifique fourni. Les résultats ne sont donc pas généralisables à une autre expérience de téléconsultation où les conditions et le matériel seront différents.

3.2. Les biais liés à l'utilisation de la méthode du focus group

L'entretien de groupe a pu rendre réticent certains participants à exprimer leur ressenti, même si la parole a été donnée à chacun.

Les guides d'entretien comprenaient principalement des questions ouvertes, permettant de ne pas orienter la réponse des participants, ce qui a permis de diminuer les biais possibles.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'étudier le ressenti des soignants lors de la mise en place de téléconsultations dans le cadre du projet TÉLÉMÉDINOV du CHLVO. La méthode du focus group nous a permis de recueillir les propos des soignants.

Concernant le matériel de téléconsultations, les appréhensions étaient principalement liées à l'utilisation du matériel et au fait de parler face à un écran. Il a été souligné que ces appréhensions seraient moindres si une formation et des protocoles étaient mis en place. La qualité d'image et du son, ainsi que les pannes ne généraient pas d'appréhensions.

Après deux mois de téléconsultations, l'outil est décrit comme nécessitant des améliorations, mais reste très intéressant. L'image s'est révélée de mauvaise qualité, liée probablement à la connexion, ne permettant pas un diagnostic dermatologique, ni une bonne perception du ressenti non verbal des patients. La taille de l'écran est adéquate, mais la visualisation des différentes connexions sur le même écran n'est pas pratique et se fait au détriment de celle avec le patient. Il manque par ailleurs un ordinateur aux côtés du médecin. Le son n'est pas adéquat pour les patients qui ont des problèmes d'audition, il y a par ailleurs un décalage entre l'émission et la réception du son sur l'autre site. Les téléconsultations concernaient le suivi de patients sous anti-démence, par conséquent, l'ECG, la caméra dermatologique, l'otoscope, et le tensiomètre ont uniquement été testés. Il a tout de même été décrit que les fils étaient gênants, et que la caméra dermatologique fixée sur un adapte-table était difficilement maniable et encombrante.

À propos de leur nouvelle pratique professionnelle, les médecins ont décrit des appréhensions concernant l'examen clinique, l'absence de toucher possible, la délégation de tâches et les responsabilités, le type de consultation (le suivi et/ou la primo-consultation), et le temps nécessaire. Les IDE avaient des appréhensions concernant leur rôle précis en tant qu'assistante de télé-médecine. Le manque d'informations et le fait de ne pas s'être portées volontaires sont des facteurs ayant amplifié cette appréhension.

L'appréhension concernant l'examen clinique s'est confirmée après 2 mois d'expérimentation, il a même été décrit comme une limite des téléconsultations. La délégation de tâches concernant la préparation en amont de la téléconsultation n'a pas posé de problèmes, et a même permis au médecin de gagner du temps par rapport à une consultation classique. La présence de l'IDE est définie comme indispensable pour des téléconsultations en gériatrie, révélant ainsi un gain de qualité pour la consultation. L'IDE a décrit le transfert de compétences comme un élément important pour sa pratique professionnelle. La téléconsultation de suivi de patients sous anti-démence est décrite comme adaptée, en revanche la primo-consultation reste souhaitable en consultation classique, et le domaine de l'urgence est perçu comme difficile.

En ce qui concerne les patients, il n'y avait pas d'appréhensions de la part des soignants quant à leur réaction, car ils restent dans leur lieu de vie familial, sans déplacements

perturbants. Leur appréhension concernait plutôt la relation médecin/patient et la perception du ressenti du patient.

Lors du deuxième entretien, cette appréhension a été confirmée, le ressenti non verbal était plus difficilement perceptible. Par ailleurs la réaction des patients était positive, en revanche la téléconsultation a été perturbante pour une patiente très altérée sur le plan cognitif.

Tous ces résultats sont propres aux téléconsultations réalisées dans le cadre du projet TÉLÉMÉDINOV, et doivent tenir compte des biais liés aux participants. Une étude similaire pourrait être réalisée lors de la mise en place d'un autre projet de téléconsultations, permettant ainsi de comparer les résultats. De nombreuses autres études nous semblent intéressantes à réaliser dans le cadre de ce projet : les appréhensions des professionnels de santé qui ne veulent pas pratiquer de téléconsultations sont-elles différentes (dans la même spécialité ou dans d'autres spécialités) ? Quel est le ressenti des soignants après la mise en place de téléconsultations plus médicales, avec une utilisation plus fréquente des dispositifs médicaux (dont le stéthoscope numérique) et un examen clinique qui est important pour ce type de consultation ? La formation de l'assistante de télé médecine, par le médecin qui réalise la téléconsultation permet-elle de pallier effectivement la difficulté liée à l'examen clinique ? Quel est le ressenti réel des patients ? Quelle est la fiabilité des diagnostics réalisés par téléconsultation ?

ANNEXES

1) **Annexe 1 : Les abréviations**

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANTELE : Association Nationale de Télémedecine

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CE : Commission Européenne

CH : Centre Hospitalier

CHLVO : Centre Hospitalier Loire Vendée Océan

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

DMP : Dossier Médical Personnel

ECG : électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPS : Établissement Public de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

MAT : Modèle d'Acceptation de la Technologie

MMS : Mini Mental State

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Permanence des soins

RUN-FC : Réseau d'Urgences Neurologiques en Franche-Comté

TAR : Théorie de l'Action Raisonnée

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

TUAUT : Théorie Unifiée de l'Acceptation et l'Utilisation de la Technologie

UDM : Unité de dialyse médicalisée

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

2) Annexe 2 : Liste des figures

Figure 1 : Localisation des différents sites, carte extraite de Google Map.....	32
Figure 2 : Le médecin réalise sa consultation à partir du site local grâce à un écran....	36
Figure 3 : Visualisation du site distant en grand écran, et du retour d'image du site local en petit en bas à droite de l'écran.....	37
Figure 4 : Visualisation du site distant en haut de l'écran, et du retour d'image du site local en plus petit en bas de l'écran.....	37
Figure 5 : Visualisation de l'affichage des données via le partage d'écran, le site distant et le retour d'image du site local sont affichés en plus petit en haut de l'écran.....	37
Figure 6 : Visualisation en grand écran de l'affichage des données via le partage d'écran, le retour d'image du site local est affiché en petit en bas à droite de l'écran, celle du site distant n'est plus affichée.	37
Figure 7 : La caméra Haute Définition.	37
Figure 8 : Le microphone.....	38
Figure 9 : Visualisation de la salle de téléconsultation du site distant : le patient consulte le médecin grâce à l'écran, l'assistante de télémédecine est présente à ses côtés.....	38
Figure 10 : L'ordinateur (à droite) contient les logiciels des dispositifs médicaux et permet leur visualisation sur l'écran principal (à gauche) via le partage d'écran.....	39
Figure 11 : Le tensiomètre/saturomètre et le thermomètre de Welch Allyn.....	39
Figure 12 : L'appareil ECG de Welch Allyn.....	40
Figure 13 : Le logiciel ECG de Welch Allyn.	40
Figure 14 : Vue générale de la caméra dermato de Dino-lite fixée sur la table.....	40
Figure 15 : Le logiciel de la caméra dermato.	40
Figure 16 : L'otoscope numérique de Welch Allyn.	41
Figure 17 : Le logiciel de l'otoscope numérique avec visualisation d'un tympan.	41

3) Annexe 3 : Premier focus group

3.1. Questionnaire de présentation des participants

Nom :

Prénom :

Age :

Fonction :

Année de diplôme :

Parcours professionnel (services, nombre d'années...) :

Lieu de travail actuel ? Depuis combien de temps ?

Service actuel informatisé ? (prescriptions, transmissions...)

Etes-vous d'accord pour l'enregistrement et la retranscription de cet entretien dans le cadre de cette thèse, avec le respect de l'anonymat et des opinions personnelles ?

3.2. Guide d'entretien

Quelles sont vos appréhensions concernant l'utilisation du matériel de téléconsultation ?

Réponses souhaitées concernant :

Maniabilité/utilisation, qualité de l'image, qualité du son, compréhension des propos, les pannes

Quelles sont vos appréhensions concernant l'acquisition de ce nouveau métier dans les téléconsultations ?

Réponses souhaitées concernant :

Le médecin : examen clinique (faisabilité ?), diagnostic (fiabilité ?), rôle du médecin ? Compréhension de son rôle attendu ? Rôle attendu concernant l'assistante de télémédecine ?

L'assistante de télémédecine : examen clinique, réponses aux demandes du médecin, rôle de l'assistante de télémédecine ? Compréhension de son rôle attendu ?, Rôle attendu concernant le médecin ?

Quelles sont vos appréhensions concernant votre relation avec le patient et votre rôle auprès de lui ?

Réponses souhaitées concernant :

Patient impressionné, mal à l'aise, comment l'accompagner ? Quelle attitude avoir ? Comment le rassurer, le mettre à l'aise ? Compréhension des propos et demandes du médecin par le patient ?

3.3. Verbatim du premier Focus group

M = Modérateur

D1 et D2 = Médecins 1 et 2

I1, I2 et I3 = infirmières 1, 2 et 3 (= assistantes de télé médecine)

M : Quelles sont vos appréhensions concernant l'utilisation du matériel de téléconsultation, dans sa maniabilité, son utilisation, les qualités d'image, de son, compréhension des propos, les pannes, sur le matériel lui-même ?

D1 : Hmm...

M : Vous avez 3-4 minutes.

D1 : La première chose, c'est que sur le plan technologique, on voit qu'il y a quand même des... une qualité d'image et une technique quand même qui a progressé de façon fulgurante. C'est ce que je disais tout à l'heure en préambule, c'est vrai que les premières visioconférences qu'on a pu faire, ce n'était quand même pas aussi bon. Moi je n'ai pas en tout cas cette appréhension de la qualité, de la retransmission du son, de l'image et tout, c'est clair, pour moi, je n'ai pas d'appréhension là-dessus. Après dans le maniement, c'est évident que... j'ai un peu évoqué ça tout à l'heure, mais je ne suis pas un grand technicien de l'informatique et que il faut des choses ultra pratico-pratique pour des gens comme moi, parce que si il faut sur l'ordinateur... composer plusieurs... je ne sais pas moi, appuyer sur plusieurs touches d'un coup, moi je ne saurais pas faire ça. Moi il faut des trucs super simples, vachement pratiques, et qui sont compréhensibles par quelqu'un qui a 50 piges, et qui n'a pas été habitué à l'informatique, ça c'est clair. Ça c'est une appréhension que je vais avoir c'est certain. Je ne sais pas comment je vais m'en sortir, mais je ne suis pas très très inquiet car je trouve quand même que sur le plan technique, on voit bien que les choses sont quand même simplifiées dans le domaine de l'informatique beaucoup plus qu'il y a quelques années. On voit même nous notre logiciel de prescription, on a reçu une dernière version il y a un ou deux jours, je l'ai appréhendé tout de suite, je n'ai pas eu de soucis du tout pour l'utiliser ce matin, donc bon je... Je ne sais pas si j'ai d'autres trucs à dire.

M : on refera tout à l'heure, on verra s'il y a d'autres points à voir.

I1 : Moi je n'ai aucune appréhension. Faut simplement, je pense, qu'on ait une petite form... enfin une petite formation... une formation, et qu'on ait un bon protocole très simple et très structuré, je pense que, on devrait y arriver. Enfin moi j'ai assez confiance en ce matériel, et puis il y aura un petit numéro d'appel si jamais on a un souci. Si on fait bien les choses au départ, qu'on fait un bon descriptif, je pense qu'il n'y aura pas de problème.

M : Donc pour vous pas d'appréhension à priori.

I1 : Pas du tout.

M : Et donc vous pensez qu'il faut un bon protocole.

I1 : Un bon protocole qui est écrit par peut-être justement, je n'allais pas dire différentes générations parce qu'on n'est pas quand même très très loin...

D1 : Si si. (*rires*)

I1 : ... qui soit quelque chose de très simple, très structuré, et je pense qu'avec ça, et une formation dessus, et puis bon je pense qu'il y aura une entraide entre nous si jamais... et puis voilà, il y aura des petits flottements peut-être au départ, mais c'est normal, ça fait partie du jeu.

M : d'accord. Merci I1. On va peut-être passé à vous directement à ce moment-là pour que vous ne vous endormiez pas I2. (*rires*)

I2 :(*rires*) Non ça va ! C'est pareil, moi comme I1, je n'ai pas d'appréhensions particulières pour l'instant...

M : Essayez de parler un tout petit peu plus fort.

I2 : Je dis je n'ai pas d'appréhension non plus par rapport à l'utilisation du matériel. Si on a une formation appropriée, il n'y a pas de raison que ça fonctionne mal, donc non aucune appréhension particulière quant à l'utilisation du matériel.

M : D'accord. Sur la qualité, la maniabilité ?

I2 : C'est vrai que la qualité d'image est vraiment impeccable, enfin moi en retour ici, tout est très net, donc niveau image et niveau son, je n'ai rien à dire, donc il n'y a pas de raison que ça se passe mal par la suite.

M : Très bien. Pour les pannes, ça ne vous inquiète pas non plus ?

I2 : On verra !

(*rires*)

M : D'accord. En tout cas, ça ne vous angoisse pas.

I2 : Non, oh non. Ça ne peut être qu'intéressant en fait.

M : D'accord. Merci. I3 ?

I3: Euh si, moi je dis qu'il y a quand même une petite angoisse car pour moi c'est quand même l'inconnu totalement, et puis en fait on m'a demandé de participer, ce n'était pas une demande de ma part si vous voulez. Comme je fais les consultations géroto avec Monsieur T, donc on m'a dit que c'était à moi de m'y coller entre guillemets. Donc il y a quand même une petite appréhension parce que bon j'avais pas du tout réfléchi à ça donc pour moi c'est quand même l'inconnu et une surprise. Bon maintenant, l'appareil, les pannes... après avoir eu des pannes informatiques et qu'on arrive à gérer, je me dis que ce ne sera pas pire. Ce n'est pas l'appareil vraiment qui me fait peur, mais c'est en fait le comportement pour parler face à un écran qui me fait plus peur. Ce n'est pas l'appareil par lui-même. Voilà.

M: Donc très bien. D2 ?

D2: Moi j'ai pas d'inquiétude particulière, parce qu'on est à l'hôpital et qu'on est très entourés, on a des techniciens qui s'occupent de tout ça, on sait que c'est très cadré. Si j'étais tout seul dans mon cabinet ou dans une structure plus isolée dans mon coin, j'aurai des appréhensions parce que je sais qu'avec ces appareils comme avec toutes les techniques un peu compliquées, il y a ce qui est écrit et puis il y a ce qui se passe dans la réalité, il y aura des bugs, et il va falloir intégrer ça dans notre quotidien de la télémédecine. Il y a des jours où ça passe et puis des jours où peut-être ça ne passera pas, alors le moins souvent possible, mais je pense qu'il faut quand même l'intégrer. Les choses ne se passent jamais comme elles sont prévues.

M: D'accord. Donc globalement au total, personne ne se pose trop de soucis, pas trop de questions, pas trop d'appréhensions en tout cas, ou tout le monde est optimiste quant à la façon de les résoudre. Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter I2 ?

I2: Non.

D1: je crois que ce que dit I1, c'est primordial, l'histoire du protocole d'utilisation, bien cadré, pragmatique, simple. Je pense que dès lors qu'on aura réfléchi à quelque chose comme ça entre nous, ça ira. Et puis je pense qu'il y a aussi une chose qui va se passer, c'est que, finalement c'est vrai qu'on n'est pas très nombreux, et d'un autre côté, c'est peut-être pas plus mal, parce qu'on va finir par se connaître, on va appréhender peut-être mieux les choses ensemble. Je dis bien ensemble.

M:I1 ?

I1: Rien de particulier.

M: Rien de particulier. I3 non plus ?

I3: Non.

D2: Non.

M: Bien. On va laisser là la première partie. Ça c'était la partie plus technique. Maintenant, on va voir, parce que le problème donc c'était les appréhensions, c'est la façon dont vous

vous appréhendez et les appréhensions que vous pouvez avoir à ce niveau-là. Concernant l'acquisition de ce nouveau métier de téléconsultations, là on a vu le matériel, mais vous vous êtes derrière maintenant. C'est un peu un nouveau métier quand même en plus de votre métier d'infirmière ou de médecin, vous allez être télé-consultants donc... Qu'est-ce que chacun en attend ou a comme question qu'il se pose. Alors au niveau des médecins, c'est plus sur l'examen clinique, sur la faisabilité, la possibilité de diagnostic, la fiabilité des diagnostics, leur rôle du médecin, la compréhension, et qu'est-ce que vous attendez aussi de l'assistante de télé-médecine qui est de l'autre côté, qu'elle soit infirmière ou une autre personne un jour éventuellement. Et du côté des assistantes de télé-médecine donc du côté des infirmières, est-ce que ça vous posera problème, est-ce que vous angoissez vis-à-vis de l'examen clinique qu'on va vous demander de faire à distance éventuellement, comment est-ce que vous concevez votre rôle, et qu'est-ce que vous attendez du médecin dans cette téléconsultation. Voilà. On commence par vous I2 ?

I2 : C'est vrai que j'ai beaucoup de questions et d'interrogations dans le sens où je n'ai pas eu vraiment d'explications sur le rôle que vraiment nous les infirmières, enfin je dis les infirmières parce que nous ne sommes que des femmes mais, que nous aurions à travers ce nouveau... cette nouvelle approche de la télé-médecine. Après à quoi allons-nous servir ? Voilà, c'est vrai que c'est vraiment la question ce jour. A part être à côté du résident et faire le lien mais est-ce que c'est... Qu'est-ce que l'on devra faire exactement en fait ? C'est vrai que je n'ai pas eu plus d'informations par rapport à cela. On a juste eu un mail nous informant que la télé-médecine allait s'installer sur l'hôpital mais en dehors de ça les... comment dire... notre travail n'est pas vraiment défini. C'est vrai qu'on est vraiment dans l'inconnu. On est vraiment dans l'inconnu, et je ne sais pas comment me positionner, et me dire, mais qu'est-ce que je devrais faire lors des prochaines réunions.

M : Ça ne vous angoisse pas.

I2 : Ce n'est pas angoissant parce que c'est intéressant, je pense que ça ne peut-être qu'intéressant notamment pour les résidents que nous avons ici et pour lesquels ça évitera une hospitalisation à Machecoul ou... donc non ce n'est pas angoissant mais ça ne peut être qu'intéressant à condition que les choses nous soient bien présentées et que, on puisse vraiment discuter des choses avant la mise en place du système.

M : Et le rôle du médecin, est-ce que vous attendez quelque chose de spécifique du médecin qui est de l'autre côté de la caméra ?

I2 : Bien sûr, c'est vrai que... forcément on attend des choses précises, notamment je pense qu'il y aura des bilans gériatriques, enfin ça va être un des points qui sera fait par la télé-médecine. C'est vrai que moi j'ai jamais eu la chance d'assister en réel à un bilan géronto, donc voilà... pas faire le bilan mais être avec le médecin, je trouve que c'est un petit peu dommage de le faire en préambule.

M : D'accord. On va faire toutes les infirmières d'abord et puis on fera les médecins après. I3 ?

I3 : Moi je suis comme I2 en fait. Je n'ai pas eu non plus d'informations pour savoir exactement quel va être notre rôle. Bon, je pense que ça va être un petit peu comme des consultations que je fais habituellement, je vais essayer de faire la même chose, en essayant de rester tout aussi naturelle, de faire passer des messages, parce qu'il y a quand même l'angoisse avec ce nouvel appareil qui va être là, donc faut se positionner et réussir à rester comme on est, une infirmière compétente en faisant abstraction de cette télévision qui n'est quand même pas... c'est pas évident, moi j'ai jamais fait. Maintenant, il y a l'autre souci, c'est le temps que ça va prendre dans la charge de travail, et je ne sais pas comment moi on va me permettre... parce que bon, je suis dans le service avec 25 malades, et comment je vais pouvoir faire, il y aussi ça qui va être pris en compte. Et je ne sais pas du tout, pour le moment l'île d'Yeu, on n'en a pas du tout parlé, c'est pas du tout... ni avec la surveillante, ni avec les médecins, c'est aussi l'inconnu. Ils attendent beaucoup de ma première réunion. Voilà. Donc il y aussi ce temps de travail qui est important.

M : Et vous attendez quelque chose de spécifique vis-à-vis du médecin ou... ?

I3 : Oui, de toute manière... une complémentarité, déjà une facilité, étant sur l'île d'Yeu, ce n'est pas toujours évident soit de faire déplacer les gens sur le continent une journée pour 10 minutes de consultation, c'est sûr que c'est un gain de temps, de confort pour le malade, pour le médecin qui... en l'occurrence, moi je travaille avec Monsieur X. , qui est débordé, qui une fois par mois c'est pas suffisant, donc on passe à une fois toutes les 3 semaines et voilà. Donc, peut-être une... arriver à avoir plus de facilité, à permettre plus de facilité dans les consultations, à alléger un peu ses consultations à lui.

M : D'accord. I1 ?

I1 : Alors moi je dirai que je n'ai pas d'angoisse particulière toujours par rapport à ça. Je pense que ça va nous apporter beaucoup. Moi j'ai vraiment... je suis à fond ! Si je puis dire ! Nous notre rôle, je pense qu'il faut qu'on le définisse avant, c'est toujours la même chose, je ne vais pas redire un protocole mais presque, c'est-à-dire que le faire avec les médecins, eux, ce qu'ils ont besoin. Il faut qu'on définisse ce qu'ils ont besoin, eux, pour que la télémedecine se fasse au mieux, au plus court sans perte de temps, parce que c'est vrai qu'il y a une histoire de temps quand même dans l'histoire. C'est-à-dire quel dossier, quelle info ils ont besoin. Nous, notre rôle, enfin pour moi, c'est d'avoir à disposition tout ce dont le médecin aura besoin pour faire sa consultation correctement, d'avoir préparé préalablement bien sûr la personne. Moi je pense que notre rôle est là, et nous on va avoir un rôle c'est par rapport aux familles, mais les médecins aussi vont l'avoir, aux familles et... ah c'est après donc on n'en parle pas. Enfin moi je pense que notre rôle c'est vraiment la préparation auparavant. Et effectivement au début je pense qu'on va un petit peu perdre du temps, un petit peu se chercher, mais à la fin, on en gagnera parce qu'après on va comprendre quand est-ce qu'on en a réellement besoin pour ne pas appeler n'importe quand, n'importe comment. Et puis les

besoins du médecin, de la personne qui est là, et quand on connaîtra ça, je pense que ça ira. Je suis assez positive. Pour l'instant, on verra bien.

M : On va voir les médecins maintenant. D2 ?

D2 : Moi je suis aussi dans l'inconnu, mais je ne suis pas inquiet, parce que je sais qu'il y a une première phase d'appropriation où il va falloir qu'ensemble, site par site, on détermine les besoins, et ce qu'on attend de nous. Qu'est-ce que vous attendez de nous à Noirmoutier ? Qu'est-ce que vous attendez de nous à Yeu ? A Commequiers ? Comment et qu'est-ce qu'on va essayer de vous proposer, de mettre en place comme service. C'est ça en fait, ça va vraiment être... il faut que ce soit un échange, et je pense qu'on va construire cette espèce de... cette nouvelle façon de travailler en partant de là. Et ensuite, on se servira de l'outil et on adaptera. Donc je n'ai pas de plan préconçu parce que je sais que les choses ne vont pas être standardisées du tout, et qu'elles vont être à construire comme vous le disiez toutes, on en a parlé d'ailleurs tout à l'heure avec I3 pour savoir un peu déjà comment est-ce qu'on... parce qu'on ne s'est jamais rencontrés... comment on allait faire. Et donc je n'ai pas forcément d'inquiétude. Je suis bien conscient qu'il y a des nouveaux métiers et qu'il y a un transfert, moi je vois ça comme un transfert quand même, un certain transfert du contenu de l'acte médical vers les infirmières. Je pense que c'est bien. Alors moi, ma petite crainte, c'est justement de quel transfert ? Qu'est-ce que je transfère ? Et comment est-ce que je contrôle aussi parce qu'il y a une question de responsabilités, comment est-ce que ça, ça peut se jouer ? Voilà, mais sinon je ne suis pas inquiet, et plutôt enthousiaste. Alors l'autre chose importante, c'est le temps, c'est ça...

I1, I3 : Oui le temps... (*approbation de la tête*)

D2 : C'est peut-être la chose qui m'inquiète, c'est celle-là, comment est-ce que tous, on va réussir, est-ce qu'on va nous donner du temps pour faire ça parce que ce n'est pas simplement se mettre derrière un écran, c'est beaucoup plus que ça, c'est construire une façon de travailler et transférer...

D1 : Mm (*approbation*)

D2 : ... du contenu médical. Donc voilà.

M : Vous n'êtes pas angoissés sur le contenu, justement sur la façon... sur l'examen, est-ce que vous pensez que ce sera faisable de le faire faire par l'assistante de télémedecine, est-ce que là ça vous angoisse un peu ?

D2 : Bah je pense que là aussi... je pense qu'il y a des choses qu'on ne pourra pas faire.

D1 : Mmm (*approbation*)

D2 : Je pense qu'il y a des choses qu'on ne pourra pas faire. Il y a des données de l'examen clinique qu'on ne pourra pas avoir, et donc je suis parfaitement conscient que ça ne remplacera pas non plus n'importe quelle consultation donc je ferai attention de ne pas aller là où on ne peut pas aller non plus.

M:D1 ?

D1 : Je pense que D2 a dit déjà vachement de choses. Moi l'appréhension, elle est exactement dans ce qu'il dit par rapport à l'examen clinique. Alors c'est vrai qu'il faut que nous, chacun, c'est-à-dire... et en complémentarité, j'ai entendu ça tout à l'heure, on soit capable de mettre le curseur de l'examen à tel niveau ou à tel niveau. Il y a des exemples très simples, quelqu'un qu'on va voir sur le plan gériatrique parce qu'il a des troubles du comportement, est-ce qu'il a des rétentions ou pas ? Nous on va poser des questions, on va vous poser des questions (*en regardant les infirmières*), et que en retour... on va dire 9 fois sur 10, l'interrogatoire, l'anamnèse et tout fait que, on a quasiment le diagnostic. Sauf que, le petit 10 % qui reste, je dis 10 % mais ça peut être autre chose, le petit 10 % qu'il reste, et bien ce sont les mains que j'ai là qui vont appuyer sur le ventre, et sauf que ce n'est pas moi qui vais le faire, ça va être vous (*en regardant les infirmières qui acquiescent de la tête*), et qu'est-ce que vous allez ressentir ? Comment vous... je pense que... voilà, ce que disait D2, c'est quand même un transfert à un moment donné, et jusqu'où on met le curseur de ce transfert ? Ça veut dire que derrière, qu'est-ce qu'on va pouvoir identifier comme type de patients possiblement à voir en téléconsultation ? Est-ce qu'on peut voir tout le monde ? Est-ce qu'on ne peut pas voir tout le monde ? Est-ce que c'est que du suivi ? Est-ce que c'est de la primo-consultation ? Ça ça va être très intéressant. Alors je pense que là par contre, c'est pour ça que je le redis encore, finalement c'est peut-être pas plus mal d'être un petit groupe, parce qu'on va apprendre à se connaître. D2 c'est un vrai gériatre, moi je ne suis pas un vrai gériatre, je suis un médecin généraliste qui a une compétence en soins palliatifs et en douleurs, je ne sais pas faire une évaluation gériatrique comme D2 sait le faire. Mais d'un autre côté, je saurai peut-être plus appréhender des choses d'évaluation de fin de vie que lui, parce qu'on a notre complémentarité déjà comme ça. Cette complémentarité, on va l'apprendre entre nous. A un moment donné, il y a un transfert de connaissances qui va se faire dans un sens comme de l'autre. Je pense que là-dessus, c'est indiscutable. Je pense que l'inconnu elle est là en fait. Parce que technologiquement, je pense qu'on a le matériel, on va l'utiliser et puis au bout d'un moment, rapidement je pense, qu'on ne va pas avoir de soucis avec ça. Moi j'ai hâte, j'ai vraiment hâte de vous voir toutes les 3 derrière votre écran avec un patient, et puis on va discuter. Qu'est-ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'on peut faire de mieux ? Est-ce qu'on peut lui éviter l'hospitalisation ? Et puis on en rediscute. Je veux dire, nous on fait déjà avec les soins palliatifs, j'ai beaucoup appris sur déjà le conseil téléphonique tout simplement, donc sans les écrans, sans le soin, sans la personne sous les yeux. Et avec ça, je peux vous assurer qu'on faisait déjà pas mal de choses. Mais ce n'était pas pertinent. Quand on voit la personne, quand on a quelqu'un qui a une compétence, qui peut l'examiner à notre place, je pense que là du coup, on va être sur un autre degré de faisabilité on va dire, de consultation à distance. Et puis après, la dernière question, c'est effectivement le problème du temps. Et là, je pense qu'il ne faut pas se faire d'illusion, cette activité-là, elle va être chronophage. Il ne faut pas se faire d'illusion du tout. Donc il faut vraiment qu'on soit super motivé pour le mettre en place. J'espère que notre direction sera super motivée aussi pour nous aider dans cette mise en place,

et ça ce n'est pas le politique qui parle mais c'est le chef de pôle qui parle, et à moi aussi de réussir à les convaincre pour que ça fonctionne (*rires*).

M : Très bien. I2 quelque chose à rajouter ?

I2 : Non. C'est pareil, je ne sais plus si j'en ai parlé, mais l'inquiétude du temps fait aussi partie quand même de ma principale inquiétude parce que ici, c'est vrai que nous ne sommes que 2 infirmières par jour pour 115 résidents, donc pour retirer du temps pour faire des consultations entre guillemets. Honnêtement, même en ayant toute la meilleure volonté du monde, à un moment donné, je pense que ce ne sera pas réalisable en l'état actuel des choses, là sur l'établissement.

M : Très bien...

D1 : Ça suppose, pour compléter, ça suppose qu'il faut délimiter le temps dès maintenant. Pas le délimiter une fois qu'on aura démarré les choses.

M : Ok. Merci D1. I1 ? Quelque chose à rajouter ?

I1 : Non.

D2 : Non.

M : Bien. On va passer à la dernière question. J'en rajouterai une autre d'ailleurs à la fin finalement. Quelles sont vos appréhensions concernant votre relation avec le patient et votre rôle auprès de lui. Alors on va commencer par les médecins, et puis on va voir pour les infirmières après. D2 ?

D2 : Alors les appréhensions sont forcément assez importantes puisque, est-ce que tout le contenu de la relation peut passer à travers un écran ? Est-ce que l'implicite de la relation peut se transmettre avec un écran ? Il semblerait que oui, parce qu'il y a quand même des gens qui à droite à gauche, au Canada, des psychiatres, aient utilisés déjà l'outil et... Mais malgré tout, ça reste pour moi une interrogation, surtout avec des gens âgés, plus ou moins déments. Est-ce que j'arriverai à la même efficacité ? Est-ce que j'arriverai à avoir une relation personnelle avec les gens ? Et non plus seulement médicale, puisqu'on sait bien qu'il faut les deux pour que ça marche. Donc là, j'ai quand même des appréhensions, mais cette première phase, je pense qu'elle va aussi nous permettre de délimiter ces contours là aussi, et c'est pour ça qu'on parlait tout à l'heure plutôt de suivi que de primo-consultation, parce que rencontrer un patient au travers d'un écran, c'est peut-être pas la meilleure des choses, alors que le suivi de quelqu'un avec qui on a déjà noué des liens humains je dirai, c'est peut-être plus simple. Donc moi je vois ça plus comme ça. Euh... La deuxième partie de votre question, je ne me souviens plus c'était sur le rôle peut-être c'est ça ?

M : Le rôle auprès du patient oui.

D2 : Le rôle auprès du patient, je pense qu'il y a là aussi, une forme de délégation, de transfert de compétence puisque je pense que cet outil me servira de temps en temps, comme on le fait

au téléphone, à valider les pratiques des infirmières, et je pense que ça servira aussi à ça de temps en temps, c'est-à-dire, valider un diagnostic infirmier, qui pourra éviter de transférer un patient pour une simple question de responsabilité par exemple. Donc mon rôle, oui, voilà je pense que mon rôle va changer là aussi.

M : Ok. D1 ?

D1 : Si je reprends la dernière question par rapport au rôle, honnêtement, je ne vois pas très bien... je ne comprends pas très bien la question ?(rires)

M : Elle va peut-être être plus visible pour les infirmières.

I1 : Oui je pense.

D1 : Par contre, ce qui est de... alors moi il y a une chose qui me pose un problème d'emblée, c'est le contact, parce que moi je suis très tactile comme gars (*en mettant la main sur le bras du modérateur avec rires*), et j'ai besoin du contact. La mise en relation je pense, tout ce qu'on en est avec l'autre, est aussi liée au toucher. Parce que dans cette démarche-là, il y a la connaissance de l'autre et la reconnaissance de l'autre, parce qu'aussi, quand on est dans une démarche, on va dire empathique, on a besoin de ce contact. Là aussi, je pense qu'il y a une capacité de délégation de ce geste-là, par l'assistante de télécommunication. Là je vois I2 qui est à distance, et en fait, on se voit mais on peut aussi transmettre, moi je crois que je peux transmettre, nous dans notre discussion, on peut transmettre le ressenti qu'on a, que vous vous allez recevoir et que vous pourrez transmettre au patient. Je pense qu'il y a cette capacité-là. Alors je ne sais pas si c'est très cartésien ce que je dis, mais euh (rires) pas du tout à mon avis. Mais je crois que dans l'appréhension de ce nouveau métier, il y a aussi ça. Très honnêtement, là aussi je demande à voir et comme disait D2, il y a à priori dans les expériences qu'il y a, il n'y a pas trop de pertes de contact médecin-patient, et son rôle n'est pas non plus trop... il n'y a pas trop de distorsion dans son rôle par rapport au patient finalement. Et je crois que là c'est pareil, c'est le lien qu'on va avoir avec le télé-consultant à distance, donc qui va être vous (*en montrant les infirmières*) qui va faire énormément de choses. Je crois que ça c'est clair.

M : Pour les médecins toujours, est-ce que vous avez une idée, est-ce que vous appréhendez un petit peu la façon dont le patient lui va vivre sa consultation, s'il est angoissé, est-ce que vous avez déjà une réponse à apporter, est-ce que là-dessus ça vous pose problème, ou est-ce que vous pensez qu'il va bien comprendre les questions que vous allez lui poser, du fait d'avoir la télé, est-ce que là-dessus ça vous pose problème ?

D1 : Alors moi si je répons tout de suite, non je pense qu'au contraire, il n'y a pas tant de problèmes que ça je pense, d'autant plus que le patient il va être avec son infirmière habituelle, son entourage qu'il connaît bien. À la limite, il n'est même pas délocalisé comme ils arrivent chez nous sur un brancard où ils connaissent personne donc non au contraire, moi je pense qu'il y a un plus dans ce domaine-là. Après, ça va être rigolo de voir ce que c'est une

personne âgée, on va dire même pas trop démente, mais qui se trouve devant une technologie de dernier cri comme ça. Je crois qu'on va avoir des réactions assez...

I1 : très sympathiques.

(rires)

D1 : ... Non non mais c'est vrai !*(rires)* On va voir, on va appréhender les choses les unes après les autres.

M : D2 à ce niveau-là ?

D2 : Oui, je pense que le préalable c'est l'accord du patient, donc je pense qu'il n'y aura pas de soucis de ce côté-là. Les gens qui auront trop d'appréhensions n'y viendront pas de toute façon. C'est un préalable.

M : Ok. Donc au niveau des infirmières maintenant, on va commencer par I3.

I3 : C'est vrai, je pense que ça va aussi dépendre des cas, c'est pour ça que tout à l'heure on discutait que dans le suivi des consultations, les gens qui ont l'habitude de me voir, faire des consultations avec moi, je pense que pour eux comme je serai là, il n'y aura pas de soucis, ce sera une continuité. En plus c'est vrai, ils seront chez eux, ils seront à l'hôpital, ils connaissent bien. Maintenant, c'est vrai, des personnes un petit peu désorientées, s'ils nous disent qu'ils entendent des voix à la télé, on ne pourra plus leur dire « mais non vous avez tort » !

(rires)

I3 : Ca va être compliqué après !*(rires)* Donc là ça va être un petit peu quand même des surprises, je pense qu'on aura des surprises, je pense que ça peut très bien se passer comme quelque fois avoir des... mais comme dans des consultations...

M : Mais ça ne vous angoisse pas plus ?

I3 : Ça ne m'angoisse pas plus, même au niveau des familles, parce que bon déjà l'île d'Yeu, on se connaît tous, donc si moi je suis là à le faire, ils me connaissent depuis très longtemps dans ce domaine à l'hôpital donc si je suis là, bon bah je pense qu'ils ne se poseront pas trop de questions. Parce qu'ils nous connaissent, nous à l'hôpital on est un quand même un petit peu... très familial, donc je ne pense pas qu'il y aura des problèmes. En plus, je pense que le fait de ne pas se déplacer sur le continent, eux c'est ce qu'ils verront déjà dans un premier temps.

M : Donc vous êtes prêtes à l'accompagner, ça ne vous pose pas de problèmes à ce niveau-là, accompagner le patient...

I3 : Ah oui oui tout à fait, tout à fait, je suis prête pour l'aventure !

(rires)

I1 : Moi je me dis quand même que ce n'est pas quelque chose qu'on va utiliser tout le temps, que ça va être soit pour des suivis, soit pour des choses occasionnelles. Donc déjà, ça

sélectionne, j'allais dire, les personnes qui vont être en face de cette caméra. Nous je pense qu'on a un gros travail d'avant, qu'on a un gros travail pour rassurer les familles, rassurer les gens, les familiariser... Et puis alors le toucher, je pense que c'est nous qui tiendrons la main du patient à travers vos paroles (*sourires*). Non mais je pense que c'est vrai que nous on gardera notre rôle d'infirmière, alors c'est vrai que vous vous ne l'aurez plus du coup peut-être (*en s'adressant aux médecins*), mais ce sera occasionnel, ça ne sera pas tout le temps. Moi la seule question que je me posais, c'est est-ce que on va arriver à avoir des professionnels qui vont être derrière et qui vont passer d'EHPAD en EHPAD, dans l'avenir je vais loin, ou est-ce que ça va être que chaque professionnel de chaque EHPAD vont être formés, parce qu'il y a aussi, ce que les médecins vont vouloir nous transmettre pour que nous on puisse au mieux, palper... est-ce qu'il va y avoir des filles qui vont être spécialisées, et qui vont plus être formées par les médecins, ou est-ce que ça va être un petit peu quelque chose de libéré et là... peut-être quelqu'un qui n'a pas les mêmes sensations, qui n'est pas suffisamment formée, je sais pas. C'est là-dessus moi la seule chose sur lesquelles je me pose des questions de la personne qui va être en préparation. C'est comment on va le gérer. Autrement, je pense que le patient si nous on est là, on est des habitués, ils nous connaissent,... et puis les infirmières en général sont humaines on va dire !

(*rires*)

M : Par définition !(*rires*)

I1 : Par définition !(*rires*)

M : I2 ?

I2 : Moi j'ai beaucoup de difficultés à me projeter et à me dire comment les gens vont se comporter devant cette caméra, donc c'est vrai que je n'arrive pas à avoir de recul. Par contre, je pense que ça ne peut être qu'intéressant pour nos résidents de ne pas forcément aller par exemple sur Machecoul, et d'être auprès d'eux pour par exemple réaliser une évaluation, parce que c'est vrai que pour nous c'est frustrant des fois d'envoyer nos résidents à Machecoul par exemple, et de ne pas être avec eux pour discuter en direct avec le médecin et dire comment ils sont, comment... quel est leur réel problème, mais en fait la plupart du temps, les gens n'arrivent pas à s'exprimer forcément sur leur quotidien, donc ça, ça me paraît intéressant. Après comment les gens réagiront face à un écran, je ne sais pas, je suis dans l'interrogation.

M : Est-ce que vous pensez, là je vais rajouter une question, est-ce que vous pensez que de temps en temps il faudra que vous soyez en « off » par rapport au patient ? C'est-à-dire qu'il y ait éventuellement une partie de la consultation qui se passe hors de la présence du patient, pour expliciter des choses avec l'aide de télé-médecine ?

I2 : Je pense que dans notre rôle, il faudra que chacun garde sa place, et en tant qu'infirmière, on ne répond pas à la place des gens... Je pense que ça va être aussi une vigilance à avoir de notre part, ce n'est pas parce que nous sommes avec le résident qu'il faudra répondre à la

place du résident. Nous sommes là pour apporter des compléments d'information quand le résident n'est pas forcément apte à répondre mais nous ne sommes pas là pour répondre à la place du résident. Il faudra que chacun reste à sa place.

D1 : Ça c'est très important, parce que nous on a vraiment besoin de voir comment se comporte naturellement la personne. C'est vrai que si vous réagissez à sa place parce que vous le connaissez bien, il pourra y avoir une distorsion de l'appréhension des choses. Par contre, ce qui pourrait être intéressant, mais ça il faudra voir dans la « protocolisation » de la téléconsultation, mais c'est peut-être quand même d'avoir un temps d'échange, avant de voir le patient en téléconsultation, ensemble, comme nous on fait, on tient beaucoup à ça dans le service, on ne fait pas la visite sans avoir vu l'infirmière avant, on passe du temps avec l'infirmière pour déjà débrouiller les choses. Je crois que là de la même façon peut-être, ça pourrait être intéressant d'avoir ce temps d'échange avant, et après effectivement de faire l'examen clinique ensemble, et avec évidemment l'interrogatoire qui a toute sa valeur dès lors qu'on ne pilote pas trop le patient.

M:I1 ?

I1 : Oui moi je pense pareil. Il faudra sûrement un moment avant ou après, ou peut-être avant et après je ne sais pas, pour pouvoir parler du résident. Je voulais juste dire qu'au départ, il y avait les évaluations gériatriques systématiques sur une journée, moi j'envoyais toujours une aide-soignante avec la personne. On ne peut plus le faire pour une cause de temps, parce que c'est une journée pour une personne, on ne peut plus le faire, mais je pense que ce système-là permettra qu'il y ait cet accompagnement... là actuellement, je ne peux pas envoyer quelqu'un, parce que c'est une personne qui a peur de la voiture, c'est tout bête, mais je ne peux pas l'envoyer alors qu'elle en aurait besoin. Et là justement, ça pourrait me permettre de pouvoir avoir ce genre de consultations. Et c'est vrai que le temps là on le gagnera du coup.

D2 : C'est sûr.

M:I3 ?

I3 : Je suis d'accord avec tout ce qui s'est dit. Et c'est vrai que comme pour toute nouveauté, on perd d'abord du temps pour en gagner après c'est sûr. Ensuite, pour le médecin, nous déjà à l'île d'Yeu on fonctionne comme ça, les médecins viennent faire leur visite, on discute d'abord le médecin et l'infirmière, et après on va voir le patient. Donc en fait, c'est continuer de la même manière qu'on fait dans le service mais avec la télévision en fait.

M : Bon, on arrive au terme de notre entretien.

4) Annexe 4 : Deuxième focus group

4.1. Guide d'entretien

Quelle appréciation avez-vous concernant l'utilisation du matériel de télé médecine ? (difficultés actuelles ou résolues)

Réponses souhaitées concernant :

- L'image : Qualité de l'image ? Taille de l'écran adéquate ? Visualisation des différentes connexions sur le même écran : intéressant ou mieux d'avoir plusieurs écrans ? Manipulation de la télécommande (facile/difficile, adéquate, comment l'améliorer) ?
- Le son : Qualité du son/Compréhension des propos ? (pour le personnel ? pour le patient ?), Qualité de la synchronisation audio-vidéo ?
- L'ergonomie : De la pièce de télé médecine ? Des dispositifs médicaux (maniabilité, facilité/difficultés d'utilisation, rapidité d'utilisation du matériel et des applications, etc...) ?
- La fréquence des pannes : Quantification, motif ? (connexion, vidéo, audio, etc...), Répercussions sur la relation thérapeutique ? Répercussion sur la faisabilité médicale ? Résolution des problèmes ? Comment ? Formation reçue satisfaisante ?
- Modifications souhaitables pour une utilisation optimale ? Outils manquants ? Propositions d'amélioration

Comment vous sentez-vous dans cette nouvelle pratique professionnelle ?

Réponses souhaitées concernant :

Le médecin : l'examen clinique, la délégation de tâches (difficile ?, etc...), le diagnostic (facile ? fiable ?), les apports de la présence de l'IDE (éléments de vie du patient, etc...), le type de téléconsultations faites et faisables actuellement et en général (suivi, primoconsultation, quelles spécialités ?), les téléconsultations sont-elles mieux, moins bien, aussi bien qu'une consultation classique ? Pourquoi ? Continuerez-vous d'utiliser les téléconsultations ?

L'assistante de télé médecine : le transfert de compétences, l'examen clinique, le rôle précis sur la totalité de la prise en charge, la position et le ressenti de l'IDE (utile ?, augmentation de ses connaissances ? etc...)

Pour les 2 : les avantages perçus de cette pratique, les freins et limites, le temps (combien, perte, gain, durée de la téléconsultation, temps avant/après, etc...)

Comment semble réagir le patient face à cette nouvelle façon de réaliser une consultation ?

Réponses souhaitées concernant :

Réticence initiale ? Impressionné ? Mal à l'aise ? Difficultés pour s'exprimer face à un écran ? Compréhension des propos et demandes du médecin ? Satisfaction à la fin de la téléconsultation ?

4.2. Verbatim du deuxième Focus group

Pour préserver l'anonymat, le numéro du médecin D et de l'infirmière I n'ont pas été repris :

M = Modérateur

D = Médecin

I = Infirmière (= assistante de télémédecine)

M: Quelle est l'appréciation que vous avez de l'utilisation du matériel de télémédecine ? Alors les difficultés actuelles ou résolues.

D: Alors euh... finalement euh... l'idée de départ c'est que le matériel attendait, le matériel était prêt et il attendait que les professionnels du terrain s'en servent. En pratique, moi ce que j'ai constaté..., on a fait 9 à peu près, 9 téléconsultations, 9 ou 10 (*en regardant I qui approuve de la tête*). Les problèmes principaux essentiellement sont liés au matériel, enfin en ce qui me concerne, et qui ne sont toujours pas résolus, notamment en ce qui concerne... je peux détailler peut-être ?

M: Oui oui bien sûr.

D: Là le principal problème actuel c'est celui de la vision, du retour, de mon côté, du retour vision qui n'est pas bon, qui est pixélisé. Problème qui semble avoir été résolu ce matin en utilisant du point par point, c'est-à-dire Machecoul/Commequiers en direct sans passer par l'intermédiaire qui est NOVASIGHT. Donc il semble qu'il y ait un problème technique sur le circuit NOVASIGHT, et qui soit en voie d'être résolu, mais enfin bon, c'est vrai que ça a l'air d'être long et compliqué un petit peu. Ça c'est le premier problème, le problème de vision qui nous a gêné d'ailleurs dans notre première consultation qu'on a essayé de faire avec la dermato libérale d'ici, qu'on avait essayé d'entraîner avec nous pour essayer de voir comment est-ce qu'elle pourrait intervenir dans cette procédure. Et là tout de suite, avec le matériel, elle a conclu que ce n'était pas possible, donc il va falloir qu'on revienne à la charge dès que ce sera réglé. Ce matin, il y a eu du point par point qui semble mieux, qui semble apporter un mieux. Bon, l'autre problème c'est celui... l'autre problème en gériatrie, c'est celui des patients sourds qui n'entendent pas, et c'est vrai qu'on a donc une petite procédure avec I (*en la regardant en souriant*), et c'est elle qui transmet mes propos, qui transcrit mes propos, parce que le son sature, et il n'est pas suffisant pour que les gens perçoivent la totalité de mes

propos. Donc voilà, ça c'est des petits points techniques. Alors on attend des opérateurs qu'ils nous fournissent des casques, un système de casque où tout le monde pourrait être branché sur un casque, qui pourrait peut-être même permettre de contourner le problème de surdité des patients âgés, plus largement qu'au-delà de la télémedecine, c'est vrai que c'est important. Euh voilà, ça ce sont les aspects précis de la technique qui ne sont pour le moment pas terrible. Alors, on a aussi eu des petits problèmes de connexions avec certains logiciels notamment de surveillance de la tension. Pour l'électrocardiogramme, on avait eu des problèmes aussi, pour l'enregistrement... Donc vous voyez, il y a eu quelques petits problèmes techniques comme ça, qui font que jusqu'à maintenant, ce n'est pas parfait, c'est même loin d'être parfait, et c'est ce qui nous a posé le plus de problème dans notre prise en charge. L'autre aspect technique quand même, je ne sais pas si je déborde le cadre de la question, mais c'est quand même qu'il y a tout l'implicite de la relation qui passe pas forcément, vous voyez bien avec tous ces aléas techniques, l'implicite de la relation en ce qui me concerne...

M: Ca on va le revoir dans la deuxième question, on le reverra plus tard.

D: On le reverra derrière, d'accord.

M: Ça c'est purement l'aspect technique...

D: D'accord.

M: Donc là c'est tout ce que vous voyez à dire sur le plan technique pour l'instant ?

D: Oui... Sur le plan technique alors, je peux dire aussi qu'on n'a pas utilisé l'ensemble des outils techniques, parce qu'on n'a pas eu besoin, et que le type de consultation qu'on a exploré, n'a pas eu besoin des différents outils techniques qui nous étaient proposés. Alors on verra, peut-être que c'est un peu tôt, peut-être que dans un deuxième temps, on utilisera la télémedecine un peu différemment, mais pour le moment, pour ce qu'on s'est fixé comme limite de notre activité, ça n'a pas été utile.

M: Pour vous (*en regardant I*), quel est votre avis, votre ressenti sur..., l'appréciation que vous avez sur l'utilisation du matériel de télémedecine qui a été mis à votre disposition ? Est-ce que vous avez eu des difficultés, est-ce qu'elles sont encore actuelles, résolues ?

I: Alors nous au niveau image, on avait une bonne image de notre côté, on n'a jamais eu de gros problème. Au niveau du son, donc effectivement, il faut que je traduise, je suis répétiteur en fait des patients (*sourire*). Mais bon, ce n'est pas un énorme problème pour moi, par contre ça peut l'être peut-être pour le médecin qui a peut-être envie d'entendre ou de voir comment le résident réagit... au niveau des réactions, mais pour moi bon je répète et puis voilà ! Au niveau du matériel, on ne l'a pas utilisé beaucoup, effectivement puisqu'on fait des suivis gériatriques, et les suivis gériatriques, il n'y a pas énormément d'utilité de matériel. Par contre, on a essayé quand même l'ECG, où on a vu qu'il fallait qu'on mette quand même un gel, donc ça on sait qu'il faut le faire, on n'a pas refait depuis. Donc la petite caméra dermato,

elle est très précise de près, mais elle ne donne pas un aspect apparemment global, naturel, de l'œil, qu'on est arrivé à avoir à peu près avec un nouveau zoom, donc ça c'est bien pour vous (*en regardant D*). Et puis je trouve moi c'est le côté pratico-pratique de la caméra dermato, elle est assez compliquée, puisqu'elle est avec plusieurs bras, et quand on veut la manipuler pour aller sur un objectif, il faut bouger les bras, visionner... enfin c'est pas très facile au niveau de l'utilisation. Autrement, le stéthoscope, je l'ai essayé comme ça avec les filles, ça marche très bien, enfin c'est bien, euh... Pas le stéthoscope, je dis n'importe quoi...

D: L'otoscope (*sourire*).

I: L'otoscope (*sourire*)... Et le stéthoscope, on devrait bientôt l'avoir, c'est pour ça que ça m'est revenu (*sourire*). Sinon... Qu'est-ce que je pourrais dire au niveau matériel... L'idéal ça serait qu'il y ait un gros rail qui soit au-dessus et qu'on puisse prendre le matériel nécessaire, parce qu'en fait... la personne est allongée, et nous on tourne autour avec des fils, ce n'est pas très pratique, j'ai toujours peur de me renverser ou de faire tomber quelque chose, et je pense que ça arriverait du haut, ça nous libèrerait tout le contour du résident, et je pense qu'on pourrait du coup tourner, le faire mettre debout... enfin faire ce qu'il y a à faire plus facilement sans tous les fils, ce sont les fils qui me gênent. Voilà, autrement je trouve que c'est très bien au niveau... je trouve quand même que c'est ... enfin moi j'ai une belle image (*rires*).

M: Et par rapport à l'appréciation que vous aviez, ou aux angoisses que vous aviez éventuellement sur le matériel avant la première fois où on s'est vu, est-ce que vous trouvez que finalement, c'est mieux que ce que vous aviez prévu, ce sont les difficultés que vous aviez envisagées ?

I: C'est un petit peu difficile de répondre parce qu'on ne les a pas utilisés beaucoup, euh...

M: Est-ce que vous trouvez que c'est un bon outil globalement ?

I: Oui je pense que globalement, ce serait un bon outil, maintenant il faut se l'approprier quand même un peu plus. Et moi il y a l'histoire des fils quand même qui me gênent un peu.

M: Pour vous globalement (*en s'adressant à D*), sur les réponses générales ?

D: En voie d'amélioration, bon outil, il faut que l'on se l'approprie un peu plus encore, on a besoin de pratique...

I: Oui bien sûr...

D: ... d'un côté comme de l'autre, mais je n'ai pas d'inquiétude sur le devenir technique.

M: D'accord. Donc là, vous avez répondu globalement à un certain nombre de choses. On a besoin de réponses plus fermées éventuellement sur des qualités précises de manière à pouvoir argumenter et pouvoir peut-être faire un rendu plus précis. Sur la qualité de l'image, l'image elle-même pour vous était, enfin ça vous en avez parlé tous les deux...

I: Mmm (*en acquiesçant de la tête*).

M:... donc là-dessus, c'était à peu près correct. La taille de l'écran, est-ce qu'elle est pour vous adéquate ?

D: Oui, pour moi ça l'est.

I: Oui parce que en fait, quand on la met en grand, on voit presque comme si c'était quelqu'un de normal, je veux dire, la tête est... on a presque le médecin en face quand on est en grand écran. Donc en plus, pour les résidents, je pense que ce n'est pas perturbant justement, ça donne une tête d'un volume normal.

M: Quand vous visualisez les différentes connexions sur le même écran, est-ce que c'est pratique ou est-ce qu'il faudrait plusieurs écrans ?

D: Moi je pense qu'il faudrait plusieurs écrans. Je pense qu'il faudrait un écran avec les examens complémentaires, les données écrites, et puis un écran avec le patient pratiquement exclusivement.

I: Mais moi j'ai ça, parce que moi j'ai un ordinateur en fait à côté de mon écran, et où je peux aller sur les dossiers de mes patients, pendant que lui (*en montrant D*) visionne ou voit je peux aller chercher des renseignements sur mon écran, et ça c'est super pratique.

M: Vous ne pensez pas qu'il pourrait avoir lui avoir accès aussi à cet même écran que vous ou à un deuxième écran à côté ?

D: Ça serait très bien.

I: Oui je pensais que vous l'aviez en fait.

D: Non.

I: D'accord.

D: Non, je vois sur mon écran, l'écran de l'ordinateur qui est à côté de vous, et je vois comme ça, mais au détriment effectivement de l'image directe avec le patient.

I: Je peux basculer de mon écran informatique, je peux lui basculer des informations, une courbe ou quelque chose, le poids, mais sur cet écran-là du coup.

M: Mais vous (*en s'adressant à D*) vous préféreriez avoir deux écrans, un écran supplémentaire, pour avoir la différence entre toujours la consultation avec le patient et puis le...

D: Ah oui oui, tout à fait.

M: Est-ce que les manipulations sont faciles ? Télécommandes, toutes ces choses-là ? Est-ce que à ce niveau là... pour l'image elle-même ?

I: Oui, moi je pense qu'on apprend, faut s'approprier... C'est comme la caméra, voilà, on ne savait pas trop la manier... maintenant, on s'approprie le matériel...

D: Oui, oui voilà, ce n'est pas compliqué.

M : Donc ce n'est pas compliqué.

D : Non ce n'est pas compliqué.

I : Non ce n'est pas compliqué.

M : Tous les deux vous êtes d'accord sur le sujet. Au niveau du son, vous avez tous les deux dit que c'était quelque fois un petit peu difficile, vous avez donné des petits soucis à ce niveau-là, en particulier que les patient n'entendaient pas. Donc là, il y a des choses à améliorer, en particulier vous parliez du casque.

I : oui et puis aussi autre chose, c'est qu'il y a un petit retard, ce qui fait que des fois je parle et le médecin commence à parler aussi donc on parle en même temps parce qu'on n'a pas...

M : Donc la synchronisation n'est pas obligatoirement bonne entre le son et l'image, ou c'est simplement qu'il y a un petit délai ?

I : Non il y a un petit délai.

D : Il y a un petit délai.

M : Il y a un petit délai. Donc il faut apprendre peut-être aussi à ce moment-là, c'est quelque chose à apprendre quand on est loin...

I : Oui, par contre un résident...

M : Mais la synchronisation est bonne autrement ? La synchronisation entre le son et l'image ?

D : Son et image, oui ça ne pose pas de problème.

I : Oui. Par exemple, un résident lui ne va pas forcément comprendre qu'il y a un délai. Nous maintenant, ça y est, maintenant je sais, donc j'attends qu'il ait terminé pour essayer de parler, mais le résident lui ne va pas forcément apprécier le délai.

M : Est-ce que vous voyez comment... quelque chose pour améliorer ça, ou est-ce que vous pensez que c'est de toute façon, qu'il n'y a pas grand-chose à faire ? Est-ce que c'est très gênant ou est-ce que ce n'est pas trop gênant ?

I : Si on peut faire mieux ce serait bien (*rires*). Ce n'est pas gênant, après il faut qu'on s'y habitue et puis qu'on le sache, mais après peut-être qu'ils peuvent faire mieux !

M : Pour vous (*en s'adressant à D*) ?

D : Même réponse, si on peut corriger, c'est aussi bien. Après, effectivement, peut-être qu'il faut qu'on... il faut apprendre à communiquer de cette façon-là.

M : La pièce de télé-médecine, pour vous (*en s'adressant à D*), c'est ici, dans cet endroit-là, est-ce que c'est ergonomiquement correct ? Vous êtes bien installés ?

D : Oui.

M : A part la deuxième caméra, mais ça c'est dans la pièce elle-même...

D: Oui oui tout à fait.

M: Les manipulations, vous n'avez pas à en faire, donc ça ne pose pas de problème, mais pour vous (*en s'adressant à I*) votre pièce est bien adaptée ?

I: Il y a des choses à améliorer je pense...

M: Vous parliez des fils tout à l'heure ?

I: Alors les fils, moi je trouve ça très gênant. Pareil la petite caméra donc qui est sur bras, pour l'instant je l'ai installée sur un adapte-table, mais ce n'est pas très pratique car un adapte-table c'est un peu embarrassant, il faudrait un pied central comme les tensiomètres, les appareils à tension, ils sont sur des gros pieds centraux qui sont très très maniables, faudrait que ça soit là-dessus pour qu'on puisse déjà le promener, parce qu'un adapte-table à promener, ce n'est pas très pratique. Donc moi ce sont les fils qui me gênent. Et actuellement au niveau de la pièce, elle est en double emploi, donc bon je pense qu'il y a un côté, je ne vais pas dire esthétique, mais peut-être à revoir un peu quand même.

M: Autrement, il y a des éléments spécifiques, des matériels spécifiques qu'il y aurait à réviser ou qui ne vont pas ?

I: Le stéthoscope, que vous aimeriez bien avoir (*en s'adressant à D*).

D: Alors, pour l'activité qu'on en fait actuellement, ça va. Maintenant si on veut développer une activité plus médicale, des consultations plus médicales et moins psychogériatriques on va dire, il faudra certainement penser à d'autres matériels : le stéthoscope, oui c'est ce qu'on disait... on parlait d'un bladder scan, faudra qu'on réfléchisse aussi à l'utilité d'un bladder scan en gériatrie, mais ... un bladder scan qu'il y ait de la télémédecine ou pas (*sourire*)...

I: Oui...

D: Voilà.

M: Est-ce qu'il y a eu des pannes autrement ? Est-ce que vous pensez que ça marche bien ? Est-ce qu'il y a eu beaucoup de pannes dans les communications que vous avez eues ?

D: Non, je n'ai pas eu de panne. J'ai eu une rupture de faisceau une fois, j'ai téléphoné et ça s'est rétabli immédiatement.

M: Et est-ce que vous pensez que... ça n'empêche pas la relation médecin/patient à ce niveau-là...

D: Non.

M: ... la relation thérapeutique, s'il y a une panne, ce n'est pas troublé par ça ?

D: Non, ce n'est pas rédhibitoire.

M: Ça ne change pas la faisabilité médicale de la chose.

D: Non, pas du tout.

M: Les problèmes ont été résolus facilement ?

D: Oui.

M: Est-ce que il y avait eu une formation qui vous a été dispensée l'un comme l'autre ?

I: Très rapide. Mais ce n'est pas compliqué, non plus.

M: D'accord. Donc vous estimez qu'elle était... que c'était suffisant ?

I: Pour ce qu'on en fait pour l'instant, oui. Après je pense que c'est vraiment le... l'expérience... le fait d'en faire plusieurs qui va faire qu'on va s'approprier le matériel, c'est pas compliqué en soi.

M: Pour vous (*en s'adressant à D*) ?

D: Les procédures ont été... on a créé des procédures au fil de la découverte des événements, et notamment quand il y a eu des pannes, j'ai téléphoné, et puis voilà, on sait comment faire maintenant. Donc la formation initiale, c'était juste l'utilisation de la télécommande (*rires*). Après, c'est en pratiquant qu'on acquiert de l'expérience et qu'on résout les problèmes qui surviennent.

M: D'accord. Donc au niveau du matériel, pour les outils qui seraient manquants ou qui seraient à améliorer, ce serait le stétho vous dites...

D: Le stétho.

M: ... l'amélioration de la caméra, et il n'y a pas d'autres matériels que vous désireriez ?

D: En ce qui me concerne sur la gériatrie, non. Non, je ne vois pas très bien ce qu'on peut avoir d'autre. Le stétho, le bladder scan... Voilà et puis c'est tout.

I: Enfin au stade où on en est.

D: Au stade où on en est oui.

M: Oui c'est le ressenti après le début d'utilisation, c'était le but de la manœuvre.

M: Donc on va passer à la deuxième question. Comment vous sentez-vous dans cette nouvelle pratique professionnelle ?

D: Moi, je me sens plutôt bien. Je suis plutôt agréablement surpris par cette nouvelle façon de travailler. Donc c'est plutôt favorable. J'y vois aussi surtout un développement qui va être intéressant, puisqu'il est bien entendu que nous y allons pas-à-pas, progressivement, et que les choses vont évoluer dans le domaine de la gériatrie, entre autres.

M: Pour vous (*en regardant I*) ?

I: Moi, ça me convient bien. Ça me convient bien personnellement, et je pense que du fait que ça convienne aussi aux résidents, pour eux, enfin après on en reparlera j'imagine.

M: Et globalement pour les deux, quels sont les avantages que vous avez ressentis dans cette pratique ?

I: Moi personnellement c'est ne plus déplacer les personnes sur un site inconnu pour eux, avec des attentes, avec un transport, avec... enfin voilà tout ça, ils sortent de leur chambre, ils viennent en consult, ils repartent. Donc ça je pense que c'est quelques chose de très bien, de très intéressant pour eux. Le fait qu'on puisse assister, parce que... bah j'apprends, j'apprends des choses, parce que le médecin réagit devant le résident, je suis là, donc en fait après, je peux apporter aussi à l'équipe... des choses, qu'on m'a dites, tantôt je sais pas... de la façon de se comporter, ou dans un traitement... donc voilà, donc ça m'apprend à moi parce que je suis là, alors que sur une consult, si la personne part toute seule, je ne suis pas présente, j'ai un compte-rendu qui est beaucoup plus succinct, et qui me parle moins en tout cas.

M: Est-ce que vous pensez qu'il y a des limites à cette pratique ?

I: Oui, il y en aura. Heu...

M: Est-ce que vous les voyez déjà, vous les percevez ?

I: La limite... Je ne sais pas, je me pose la question, pour quelqu'un qui a des hallucinations, de comment elle va percevoir le fait de voir quelqu'un qui lui parle et qui lui répond, ou qui lui dit bonjour à la télé. Je ne sais pas comment ça va se passer, peut-être bien. Et l'autre limite c'est... de toute façon l'urgence restera la grosse urgence. Les petites choses qui... une crise, on pourra peut-être la gérer, mais la grosse urgence... Quand il y a un besoin médical, il y a un besoin médical. Après, peut-être qu'aussi au niveau du médecin, on n'aura peut-être pas le même regard, on ne verra peut-être pas les mêmes choses que lui aurait vu, peut-être qu'il y aura des limites à ce niveau-là.

M: Et au niveau du temps ?

I: C'est pareil, je pense que... Alors c'est un temps qui est un peu, j'allais dire reporté. C'est-à-dire que le temps que je passe à faire ma consultation, avant je ne le passais pas auprès de la personne, d'accord je perds un petit peu de temps moi. Mais c'est pour en faire gagner en bien-être pour le résident, donc je pense que ce n'est pas un temps perdu. Pour préparer les dossiers, pour l'instant on est en fax, je prends un peu de temps, mais ça ne m'en demande pas énormément. Bon je connais un peu mes résidents aussi. Je ne pense pas que ça me prenne beaucoup de temps. Le temps que ça me prend, c'est la consultation puis pour l'instant les ajustements qu'on fait un petit peu en dehors, mais qui vont disparaître tout doucement. Donc je ne pense pas qu'on perde de temps.

M: Pour vous (*en s'adressant à D*) au niveau des avantages et des inconvénients, des limites éventuelles ?

D: Alors les avantages c'est quand même le temps. C'est quand même le temps, c'est-à-dire que pour moi c'est un vrai transfert de compétences, c'est-à-dire que toutes les données dont j'ai besoin pour ma consultation me sont faxées à l'avance. Je lis les synthèses qui sont faites, je lis les éléments-clés de la consultation, et ensuite j'ai en face de moi quelqu'un qui connaît le patient, le résident, et donc je gagne du temps par rapport à la même consultation dans un

cabinet tout seul. Ça c'est clair. Donc ce transfert de compétences, finalement... effectivement, je pense que bien organisé, il fait gagner du temps. Et je dirai même que par rapport à ce qui peut se faire, versus le patient dans un cabinet médical, je pense qu'en qualité on y gagne aussi.

I: Je pense que c'est là qu'on gagne.

D: Donc ça c'est un avantage certain, en tout cas en ce qui concerne la gériatrie, les troubles du comportement de la gériatrie... C'est un travail d'équipe, c'est un travail qui mérite la validation du médecin autour du travail d'une équipe. Et c'est vraiment ça qui se fait en fait. Donc c'est vraiment intéressant.

M: Et des freins, des limites ?

D: Bah les limites, c'est que... je pense qu'on ne peut pas avoir la même qualité de relation quand même, puisqu'il y a une partie de la relation médecin/malade qui est incomplète. Tout le non-verbal n'est pas rendu de la même façon, donc il y a forcément des choses qui n'émergent pas de la consultation. Je pense à des patients dépressifs par exemple, qui méritent un peu de temps et un peu de... (*frottement des doigts de sa main droite entre eux*)... qu'on tourne un petit peu autour et puis qu'on instaure une vraie relation pour que les choses puissent sortir et voilà... Donc là je pense que ce sera un peu compliqué. Pour des consultations où le rapport interpersonnel est utile. Et puis sur le plan technique, j'ai peur que là aussi, on ne puisse pas tout faire. Je pense que là aussi, dans le domaine de l'urgence par exemple, ça restera un peu compliqué de décider. J'ai peur que ça reste un peu compliqué de décider. Je ne peux pas en dire plus là.

M: Vous n'avez pas émis l'hypothèse d'avoir des procédures pour certains actes, ça ne vous ait pas venu idée de dire bah tiens du fait de ces difficultés, est-ce qu'il n'y aurait pas des procédures à inventer pour tel ou tel cas ?

D: Si, alors si si tout à fait. Je pense à l'électrocardiogramme qu'on fait faire dans le cadre de la surveillance des patients sous anti-démentiels, je pense que là aussi il faut imaginer des procédures en cas d'électro pathologique, il faut quand même qu'on pense à tout ça. Si si bien sûr.

M: Alors je vais repartir maintenant sur des questions un tout petit peu plus fermées pour l'un et pour l'autre parce que ce ne sont pas les mêmes, étant donné que le ressenti n'est pas le même et le but n'est pas le même. Au niveau de l'examen clinique pour le médecin, est-ce que vous avez quelque chose de spécifique à dire, est-ce que ça vous gêne qu'il soit fait par quelqu'un d'autres ?

D: Oui, enfin c'est oui, je pense que ça c'est la limite, de ne pas pouvoir toucher effectivement. C'est un peu frustrant, et je pense que ce sera difficile de décider sans les mains quand même pour un certain nombre de choses.

M: D'accord. Et la délégation de tâches justement à ce niveau-là est difficile ? La délégation globale de tâches, est-ce qu'elle l'est pour tout ou pour certaines choses ?

D: Alors effectivement pour l'examen clinique, je crois que ce sera difficile de déléguer. Pour le reste non, le recueil de données, la synthèse, etc... il n'y a pas de problème, les données de l'interrogatoire... Après, l'examen physique, ce sera compliqué de décider sans cet élément. À mon avis.

M: Et au niveau de votre diagnostic, est-ce que vous pensez que ça permet... un diagnostic qui se fait relativement facilement, un diagnostic fiable, ou est-ce que ça vous pose problème de finaliser un diagnostic de cette façon-là ?

D: Non, pour ce que j'en ai fait jusqu'à présent, ça ne m'a pas posé problème. Je rappelle que ce qu'on a fait, c'est du suivi de patients sous anti-démentiels, et parfois des troubles du comportement. Donc là, ça ne m'a pas posé de problème. En revanche, encore une fois, on n'a pas fait de diagnostic médical, on a fait du diagnostic psycho-comportemental, c'est autre chose.

M: Et le type de consultation que vous faites actuellement... quel est celui qu'il vous semble possible de faire ?

D: Je pense que là vraiment... tout ce qui est du domaine de la gériatrie de liaison, ce qu'on pourrait appeler de la gériatrie de liaison, c'est-à-dire donner un avis sur un problème donné à partir des éléments rapportés par l'équipe, et voilà... la gériatrie, dans le domaine du psycho-comportemental.

M: Est-ce que vous pensez que dans d'autres spécialités éventuellement, ou dans la vôtre, la primo-consultation est faisable comme ça ou est-ce que le suivi est plus facile à faire de cette façon-là ?

D: Alors je pense très nettement que le suivi est faisable, et que la primo-consultation mériterait d'être faite effectivement dans un cabinet avec un médecin.

M: Et est-ce qu'il y a des spécialités qui à votre avis sont facilement adaptables à ce type de consultation actuel ? Tel que vous le faites ?

D: La dermato, évidemment, je pense que la dermato, dès lors que l'outil technique suivra, oui, la dermato, il n'y a pas de problème... Le suivi en gériatrie, le suivi du patient gériatrique. A vrai dire, je ne me suis pas tellement posé la question pour une autre spécialité !

M: Orthopédie, traumatologie, neuro, endocrino... est-ce que pour vous ce sont des spécialités qu'on peut régler à ce niveau-là ? Par ce biais de consultation ?

D: La neuro, ça me semble difficile quand même, pour les limites que je vous disais tout à l'heure, parce que l'examen clinique quand même est fondamental.

M: Et pour vous ce sera difficile de le transférer cet examen clinique à l'assistante de télémédecine ?

D: Oui, je pense qu'il faut quand même avoir vu... je pense que c'est utile quand même dans un certain nombre de cas... il faut qu'il y ait eu une primo-consultation quand même, c'est important.

M: Mais le geste lui-même sur l'examen neuro, vous pensez que c'est une des limites aussi, que l'examen clinique reste une limite pour ce type de consultations ?

D: Je pense...ce que j'en vois maintenant, peut-être que mon avis ne sera pas le même dans quelques temps, on n'a pas fait pratiquement d'examen clinique, on a essayé de faire un palpé une fois, mais je pense que pour ce que j'en ai vu jusqu'à présent, ça constituerait pour moi une limite chez un patient qu'on ne connaît pas et qu'on voit pour la première fois, je pense qu'il est important d'avoir cet examen-là, et je pense que c'est difficile de le déléguer quelle que soit la spécialité. Voilà.

M: Et quelle que soit l'assistante de télémedecine de l'autre côté aussi ? Est-ce que si par exemple vous l'avez plus formé, vous avez plus confiance en quelqu'un, est-ce que ce sera plus facile de déléguer ?

D: Probablement.

M: Donc ça ça peut être pour une piste d'amélioration ?

D: D'amélioration, hmm (*approbation de la tête*).

M: Ok. Est-ce que globalement pour vous, la téléconsultation est mieux, moins bien, qu'une consultation normale ? La consultation elle-même.

D: Je pense que c'est mieux quand on a... mieux avec un patient non communicant. C'est mieux une téléconsultation avec l'équipe qui a préparé le terrain derrière. Et je pense que c'est moins bien avec un patient communicant qui vient vous voir dans votre cabinet, et que vous pouvez interroger comme vous voulez, que vous pouvez examiner comme vous voulez. Ca ne remplace pas.

M: Est-ce que vous continuerez quand même à utiliser les téléconsultations ?

D: Oui.

M: Et vous de votre côté (*en s'adressant à I*), si on vous demande ?

I: Oui oui, moi oui oui. Je suis d'accord du fait que la première consultation, je pense qu'elle est importante, et je ne dirai pas que tous les suivis pourraient être faits comme ça, mais des fois on envoie juste des gens en consultation... peut-être endocrino... juste ils vont regarder le bilan et puis ils les font repartir, peut-être que là sur ces suivis-là... suivi dermato évident, ophtalmo j'en sais rien, je ne sais pas... mais tout ce qui est suivi, je pense sont amenés à être regardés de plus près, pour voir ce qu'on peut faire en suivi, pour éviter toujours ce transport, cette attente et ce... Parce que pour eux, c'est... ils n'ont plus envie quoi, et puis ça les perturbent. Dans ce sens-là, je dirai que c'est positif à ce niveau-là.

M: Est-ce que pour vous (*en s'adressant à I*) dans ces téléconsultations, donc vous en avez parlé tout à l'heure, pour vous c'est un transfert de compétences, vous avez des choses que vous avez acquises, vous avez l'impression de faire en plus que ce que vous faisiez habituellement, des choses qui étaient réservées au médecin qu'il vous délègue ?

I: Moi j'ai appris... par exemple pour le pansement, pour la plaie par exemple, bon bah voilà qu'il faut déjà traiter un œdème avant de traiter autre chose, c'est quelque chose dont je n'avais pas notion, mais après je n'ai pas fait de dermato spécialement. Donc ça c'était bien. Ou quand on parle d'un patient ou de quelque chose, on acquiert quelque chose par rapport au résident. Mais en compétence... pour l'instant, je n'ai pas été trop formée... mais après est-ce qu'on en sera capable...

M: Sur l'examen clinique, est-ce que vous vous sentez capable d'examiner...

I: Je pense que si on apprend oui. J'ai été dans des services où on faisait... des trucs qu'on a interdiction de faire, et qu'on nous a fait faire, parce que j'étais dans des situations où on nous a appris à le faire. Donc je pense qu'on est capable de faire certaines choses, par contre il faut qu'il y ait vraiment une relation de confiance assez importante avec le médecin, et il faut une formation, on ne peut pas deviner ce qu'il cherche derrière un palpé de l'abdomen, ou ce qu'il cherche en écoutant au stétho, on ne peut pas savoir, on n'a pas appris nous. Donc on a vraiment besoin d'apprendre. Mais on aura quand même toujours une limite. On n'est pas médecin. On peut peut-être faire une première... dégrossir, on va peut-être dire bah oui, j'ai ressenti quelque chose ou je n'ai rien ressenti, j'ai entendu ou je n'ai pas entendu, mais si on veut quelque chose de pointu, je pense que de toute façon on aura besoin d'un avis médical. À mon avis.

M: Globalement, est-ce que pour vous, le fait que vous soyez à côté, est-ce que vous vous êtes sentie utile ? Donc vous avez augmenté vos connaissances, ça vous l'avez dit beaucoup...

I: Bah utile dans le sens où le résident, je pense que... il me connaît, déjà, donc je pense que pour lui, il est en terrain connu, donc pour lui c'est plutôt rassurant. Et puis, moi je peux aussi traduire (*sourire*), j'ai besoin d'être là un petit peu pour la traduction. Oui je pense que c'est utile que je sois là. Par contre, pour quelqu'un de très bien, peut-être que je pourrai m'éclipser. Quelqu'un qui discute bien, qui a compris comment ça fonctionnait, peut-être qu'effectivement, je pourrais vous dire je vous laisse 5 minutes-10 minutes ou j'en sais rien...

M: Oui une consultation de type psychiatrie ou autre, où on n'aurait pas besoin d'examen clinique ou autre.

I: Voilà, hmm (*approbation de la tête*). Peut-être que ça serait bien que je m'en aille.

M: Ok. Donc pour vous, ça a quand même augmenté beaucoup vos connaissances, ça vous avez beaucoup insisté là-dessus. Enfin vous pensez que ça vous apporte des choses.

I: Je pense que ça peut apporter, pas qu'à moi... en fait à toute l'équipe, par ce que derrière moi je retransmets, je redis ce que j'ai appris, et donc de toute façon, au niveau de l'équipe, je

pense que oui c'est utile. Mais pour tout, je veux dire... si en dermato, on a un suivi de luxation d'épaule, si le médecin me demande de faire un certain geste pour savoir si c'est luxé ou non, il va me l'apprendre et après moi je le connais, et donc après je le transmets. Donc de toute façon, ça peut, pour moi m'apporter, et pour l'équipe, que des connaissances supplémentaires.

M: Pour le médecin, est-ce que vous avez ressenti un plus du fait que l'infirmière soit présente ?

D: Oui dans le domaine dont on parle, la gériatrie, oui oui, c'est un plus indéniable.

M: Par rapport à la consultation habituelle.

D: Ah oui oui oui. C'est l'infirmière, mais qui est porteuse aussi de tout le témoignage de l'équipe et de la psychologue, donc c'est très très riche pour nous. C'est beaucoup plus riche que de voir un patient comme ça dans notre cabinet. C'est clair, donc là on a quand même... Il y a eu un travail fait par l'équipe, préparé, une synthèse qui est faite, et en plus l'infirmière en direct qui enrichit l'interrogatoire. Donc oui oui ça c'est très très bien.

M: Bon je pense que globalement vous avez répondu à peu près à toutes les questions. Il nous reste maintenant à voir le patient. Comment est-ce qu'il semble réagir à cette nouvelle façon de faire une consultation ? Sa réticence ? Est-ce qu'il est impressionné ? Est-ce qu'il comprend bien ? Est-ce qu'il est satisfait globalement ? Essayez de faire une synthèse...

I: Pour les gens qui sont capables de raisonner, de parler, de s'exprimer, ils sont non réticents, ils disent tous oui pas de problème. Quand ils se retrouvent devant la télévision, ils trouvent ça surprenant, je ne vais pas dire marrant... oui c'est plutôt bien, pour eux. Ça ne les dérange pas du tout. Ils sont plutôt surpris : « Ah mais le médecin il était à Machecoul, mais comment vous faites ? ». Mais ça ne les a absolument pas gênés. Aucun. Aucun ne m'a dit qu'il trouvait que ce n'était pas bien. Il y en a même qui m'ont dit que c'était bien comme ça ça leur évitait de sortir. Et puis par contre pour les gens qui sont non communicants, ou déments, je ne sais pas s'ils se rendent compte vraiment de ce qui se passe en fait. Ils étaient devant la télé, ils répondent ou ils ne répondent pas, ou ils regardent à côté, mais je n'ai pas eu l'impression qu'ils saisissaient vraiment ce qu'il se passait. Je ne suis pas sûre.

M: Est-ce que pour vous, globalement, ils comprennent bien les propos du médecin, ses demandes ?

I: Il faut quand même souvent que je retraduise.

M: Pour le problème technique qu'on avait évoqué au départ ou pour d'autres raisons ?

I: Pour le son... et je ne sais pas si ça les rassure que je retraduise derrière, je ne sais pas. Mais je les ai sentis plutôt à l'aise.

M: Est-ce que vous leur avez demandé quel était leur avis à la fin de la téléconsultation ?

I: Oui je leur ai demandé, jamais tout de suite, mais 2 jours après. Mais tous ils trouvaient ça bien.

M: Est-ce que certains vous ont exprimés le fait qu'ils avaient déjà utilisés ce mode de communication avec leurs enfants/petits-enfants, avec la caméra ?

I: Non, aucun. Je pense que c'est une génération un petit peu trop ancienne.

M: Et pour vous (*en s'adressant à D*) le ressenti... est-ce que vous ressentez ce qu'a ressenti le patient de l'autre côté de la caméra ?

D: J'ai le souvenir d'une fois, où une patiente très altérée sur le plan cognitif a été très interloquée et déstabilisée et peut-être pas très bien, et je crois même qu'on avait écourté un petit peu. Je ne me souviens plus le nom de cette patiente (*en regardant I*), mais je me souviens de cette situation-là. Sinon pour le reste, je n'ai pas eu l'impression que les gens aient été en difficulté. Même chose que **I**, ceux avec qui on a pu établir un lien, et bien ça semblait positif, le lien était plutôt correctement établi. Et puis pour ceux qui étaient non communicants, c'est un peu difficile, donc une fois quand même on a ressenti que ça pouvait être un peu difficile et on avait interrompu...

I: Il y avait un agacement peut-être.

D: Oui, il y avait une incompréhension totale, c'était une dame très très détériorée... qui aurait pu être déstabilisante, donc on avait arrêté. Voilà.

I: Après, est-ce que c'était dû à la télémédecine ou pas je n'en sais rien. Parce que la pièce que j'utilise actuellement, ils n'y vont jamais.

M: Et vous (*en s'adressant à D*) vous aviez l'impression qu'ils comprenaient ce que vous leur disiez ou alors il faut absolument que l'assistante...

D: Il faut absolument que l'infirmière soit là quand même, parce que certaines de mes questions sont comprises, d'autres pas. C'est important qu'elle puisse les reformuler.

M: Est-ce que vous, vous devinez bien la réaction des gens ? Est-ce que sur l'écran on perçoit bien ?

D: Alors ça rejoint ce que je vous disais tout à l'heure, l'impact n'est pas forcément toujours bien perçu, il y a quand même... le non-verbal est un petit peu mal perçu, mais en rappelant que j'avais des problèmes de caméra, de visuel qui n'était pas très bon. Mais jusqu'à maintenant j'ai eu quand même l'impression que... Mon ressenti en tout cas, ma perception à moi, n'était pas forcément parfaite, de la réaction des gens.

M: Je crois qu'on va s'en tenir là.

BIBLIOGRAPHIE

1. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. 2008 [Consulté le 2 novembre 2011]; Disponible sur:http://www.antel.fr/doc/Rapport_final_Telemedecine.pdf
2. Institut de Recherche en Economie de la Santé. Indicateurs d'état de santé : Espérance de vie à la naissance en France [Internet]. 2010 [Consulté le 27 novembre 2011]; Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/EspéranceVie/EspéranceVieFranceEtOCDE.htm>
3. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [Internet]. 2009 [Consulté le 29 novembre 2011]; Disponible sur:<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
4. Lasbordes P. La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être [Internet]. 2009 [Consulté le 29 novembre 2011]; Disponible sur:http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Telesante_-_decembre_2009.pdf
5. Institut de Recherche en Economie de la Santé. Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins [Internet]. 2011 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
6. Legmann M, Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2011 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas2011.pdf?download=1>
7. Legmann M, Lucas J. Télémédecine - les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2009 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/telemedecine2009.pdf?download=1>
8. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine [Internet]. 2011 [Consulté le 22 juin 2012]; Disponible sur:http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34199.pdf
9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant [Internet]. 2012 [Consulté le 12 juin 2012]; Disponible sur:<http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>

10. Dupeyrat J-S. Télémédecine en médecine générale rurale □: Etude quantitative et enquête d'opinion à partir d'un projet de télémédecine dans les Alpes-Maritimes. [Thèse d'exercice]. [Nice]: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2010.
11. ASIP santé, FIEEC. Etude sur la télésanté et télémédecine en Europe [Internet]. 2011 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Etude_europeenne_Telesante_FIEEC_ASIPsante_0.pdf
12. Hazebroucq V. Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française [Internet]. 2003 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//034000522/0000.pdf>
13. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009 [Consulté le 16 juillet 2011]; Disponible sur:http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244
14. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010 [Consulté le 16 juillet 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id>
15. Article L6311-2 Modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Code de la Santé Publique [Internet]. 2009 [Consulté le 16 juillet 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886395&dateTexte=>
16. Article L6314-1 Modifié par Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009. Code de la Santé Publique [Internet]. 2009 [Consulté le 16 juillet 2011]; Disponible sur:http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=49F0189792AFE33D784BD04050A79233.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000006904142
17. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. La télémédecine en action □: 25 projets passés à la loupe - Un éclairage pour le déploiement national - Tome 1 □: les grands enseignements [Internet]. 2012 [Consulté le 18 mai 2012]; Disponible sur:http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf
18. Simon P. La télémédecine est le levier nécessaire pour réorganiser l'offre de soins hospitalière [Internet]. 2010 [Consulté le 20 juillet 2011]; Disponible

- sur:http://www.lemarchedesseniors.com/Strategie_Marketing/pierre_simon_antel_telemedecine-10988-2.html
19. Haute Autorité de Santé. Evaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet [Internet]. 2007 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_internet.pdf
 20. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère de la Santé et des Sports. Le recensement des activités de télémédecine [Internet]. 2012 [Consulté le 16 juin 2012]; Disponible sur:http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/telemedecine_recensement_activites.pdf
 21. Simon P. La télémédecine, un moyen d'améliorer les soins dans le territoire de santé [Internet]. 2012 [Consulté le 16 juin 2012]; Disponible sur:<http://www.gerhnu.fr/actescongres/escp2012/pierre-simon-telemed.pdf>
 22. Lareng L, Constantin A, Savoldelli M. Atelier découverte en télé-rhumatologie [Internet]. 2010 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:https://www.telesante-midipyrenees.fr/portail/documents/gallery_files/site/404/405/455.pdf
 23. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. La télémédecine en action □ : 25 projets passés à la loupe - Un éclairage pour le déploiement national - Tome 2 □ : monographies [Internet]. 2012 [Consulté le 9 août 2012]; Disponible sur:http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome2.pdf
 24. Réseau des Urgences Neurologiques de Franche-Comté [Internet]. [Consulté le 17 juin 2012]; Disponible sur:<http://www.fc-sante.fr/run-fc/index.php>
 25. Haute Autorité de Santé. Les conditions de mise en oeuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée [Internet]. 2010 [Consulté le 11 novembre 2011]; Disponible sur:http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/argumentaire_conditions_telemedecine_udm_vf.pdf
 26. Nabarette H. Télé-dialyse en Bretagne □ : une expérience pilote [Internet]. 2001 [Consulté le 11 novembre 2011]; Disponible sur:http://www.medcost.fr/html/telemedecine_tm/mag_22/tele_dialyse.htm
 27. Baracat E, De Carpentier F. Evaluation d'un dispositif de télémédecine - Télégéria □ : les nouvelles technologies au service des personnes âgées [Internet]. 2007 [Consulté le 18

- décembre 2011]; Disponible sur:http://cgs-mines-paristech.fr/wp-content/uploads/2012/01/07Rapportfinal_Telegeria12_1_08.pdf
28. Allouache F. Télégéria - Aspects éthiques et médico-légaux.[Thèse d'exercice]. [Paris]: Université René Descartes - Paris V - Faculté Cochin - Port Royal; 2007. Disponible sur: <http://www.ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/Telegeria%20%20%20Aspects%20ethiques%20et%20medico-legaux%20-%20Memoire%20de%20Fares%20Allouache.pdf>
 29. Espinoza P, Lebourgeois F. Télégéria, de l'ADSL à la haute définition□: réflexions et propositions pour l'aménagement des territoires de santé. *Revue hospitalière de France*. 2010 févr;(532):43-6.
 30. Cisco Systems. HealthPresence et l'APHP[Internet]. [Consulté le 10 novembre 2011]; Disponible sur:http://www.cisco.com/web/FR/pub_sector/sante/health_presence.html
 31. Call centre. Wikipedia, the free encyclopedia [Internet]. 2011 [Consulté le 10 novembre 2011]; Disponible sur:http://en.wikipedia.org/wiki/Call_centre
 32. Espinoza P, Gouaze A, Talange C, Bonnet B, Fabbro M, Saint-Jean O, et al. Déploiement de la télémédecine en territoire de santé - Télégéria, un modèle expérimental précurseur. *Techniques hospitalières*. 2011 févr;(725):9-17.
 33. Espinoza P. Projet Cisco HealthPrésence à l'HEGP AP-HP [Internet].2009 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.telegeria.fr/wp-content/uploads/2010/11/Descriptif-Telegeria-HD.pdf>
 34. Conseil général des Alpes-Maritimes. *Medicin@païs - Le contexte* [Internet]. [Consulté le 8 novembre 2011]; Disponible sur:<http://www.cg06.fr/fr/servir-les-habitants/action-medicale-sociale/votre-sante/medicin-pais/le-contexte/le-contexte/>
 35. Conseil général des Alpes-Maritimes. *Fiche expérience medicin@païs* [Internet]. 2008 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:http://www.adrets-asso.fr/IMG/pdf/fiche_Medecin_pais.pdf
 36. Conseil général des Alpes-Maritimes. *Schéma gérontologique départemental 2012-2016* [Internet]. [Consulté le 17 juin 2012]; Disponible sur:http://www.cg06.fr/cms/cg06/upload/servir-les-habitants/fr/files/servir_schema-gerontologique.pdf
 37. Conseil général des Alpes-Maritimes. *Medicin@païs - Les équipements* [Internet]. [Consulté le 8 novembre 2011]; Disponible sur:<http://www.cg06.fr/fr/servir-les-habitants/action-medicale-sociale/votre-sante/medicin-pais/les-equipements/les-equipements/>

38. Centre Hospitalier de Paimpol. La télémédecine au CH Paimpol : une réalité depuis 2006 [Internet]. 2012 [Consulté le 19 août 2012]; Disponible sur:<http://www.ch-paimpol.com/spip.php?article30>
39. Payet P, Souprayen C. Collaboration infirmier/médecin par la télémédecine dans la prise en charge des urgences à l'hôpital de Cilaos [Internet]. 2010 [Consulté le 24 juillet 2012]; Disponible sur:http://www.antel.fr/doc/2010/colloque_antel/14-Souprayen.pdf
40. Massé G, Frappier A, Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. L'information psychiatrique. 2006 déc;82(10):801-10.
41. Nebout S. La téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie. [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2008.
42. Code de déontologie médicale. Code de la Santé Publique [Internet]. 2010 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/codedeont_1.pdf?download=1
43. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2011 [Consulté le 17 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
44. Article L1111-4. Code de la Santé Publique [Internet]. 2005 [Consulté le 17 juillet 2011]; Disponible sur:http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=25257310D1359F3500AD3F9AF6A03502.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&dateTexte=20091106
45. Article L1111-6. Code de la Santé Publique [Internet]. 2005 [Consulté le 17 juillet 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685772>
46. Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale [Internet]. [Consulté le 16 juillet 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000234122>
47. Article L162-14-1. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. 2011 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9424F5B4D5F22DD494CAC58D6A2C1987.tpdjo15v_3?idArticle=LEGIARTI000024462570&cidTexte=LEGI TEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20111218

48. Article L162-1-7. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. 2010 [Consulté le 17 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000019954056>
49. Article L162-22-1. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. 2010 [Consulté le 17 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000021940008&dateTexte=20110717>
50. Article L162-22-6. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. 2010 [Consulté le 17 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000021940013&dateTexte=20110408>
51. Article L165-1. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. 2009 [Consulté le 17 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000020892156&dateTexte=>
52. Article R162-32-1. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. 2011 [Consulté le 17 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000023650815&dateTexte=20110717>
53. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée [Internet]. 2011 [Consulté le 9 décembre 2011]; Disponible sur:http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/textes/CNIL-78-17_definitive-annotee.pdf
54. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Guide professionnels de santé [Internet]. 2011 [Consulté le 14 juin 2012]; Disponible sur:http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf
55. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. La télémédecine mieux encadrée [Internet]. 2010 [Consulté le 25 juillet 2011]; Disponible sur:<http://www.cnil.fr/la-cn/il/actu-cn/il/article/article/la-telemedecine-mieux-encadree/>
56. Le projet DMP [Internet]. [Consulté le 12 février 2012]; Disponible sur:<http://dmp.gouv.fr/web/dmp/actualite-dmp/le-projet-dmp>

57. Simon P. Les enjeux et développement de la télémédecine [Internet]. 2010 [Consulté le 15 juin 2012]; Disponible sur:<http://esante.gouv.fr/tribunes/pierre-simon-les-enjeux-et-developpement-de-la-telemedecine>
58. Commaille-Chapus C, Monnier A. Déploiement DMP□: point d'étape sur les appels à projets et les outils d'accompagnement. Rencontres Inter-Régionales du 13 décembre 2011 [Internet]. [Consulté le 15 juin 2012]; Disponible sur:<http://esante.gouv.fr/actus/regions/rencontres-inter-regionales-du-13-decembre-2011>
59. Ministère de la Santé et des Sports. Dossier Médical Personnel et systèmes d'information partagés de santé [Internet]. 2009 [Consulté le 10 décembre 2011]; Disponible sur:http://esante.gouv.fr/sites/default/files/090717_CP_Creation_ASIP_Sante_0.pdf
60. Robin J-Y. Télémédecine□: un rôle clé pour l'ASIP Santé. Revue hospitalière de France. 2010 févr;(532):17-8.
61. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées[Internet]. 2012 [Consulté le 15 juin 2012]; Disponible sur:http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
62. Commission des Communautés Européennes. Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens□: plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne [Internet]. 2004 [Consulté le 20 mars 2012]; Disponible sur:<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:FR:PDF>
63. Commission des Communautés Européennes. Communication concernant la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société [Internet]. 2008 [Consulté le 20 mars 2012]; Disponible sur:<http://www.eurorec.org/files/filesPublic/TelemedicineCommunicationFR.pdf>
64. ASIP santé, FIEEC. Enseignements tirés de l'étude FIEEC/ASIP Santé sur la télémédecine et la télésanté [Internet]. 2011 [Consulté le 22 juillet 2012]; Disponible sur:http://www.fieec.fr/iso_album/enseignement_etude_telesante_fieec-asip.pdf
65. Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé. Application en milieu rural de la télémédecine de première ligne au Témiscamingue[Internet]. 2004 [Consulté le 22 juillet 2012]; Disponible sur:<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/chipp-ppics/2004-temiscamingue/index-fra.php>
66. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes - l'entretien collectif. Armand Colin. 2005.

67. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarère J, Terra J-L. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien - médecine générale*. 2004 mars 15;tome 18(645):382-4.
68. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes - Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale [Internet]. [Consulté le 25 novembre 2011]; Disponible sur:http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
69. Bardin L. L'analyse de contenu. PUF; 2007.
70. La Santé Publique du Québec. Rapport d'évaluation du projet pilote en télépsychiatrie. 1998.
71. Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. An assessment of routine telepsychiatry services [Internet]. 1999 [Consulté le 21 juillet 2012]; Disponible sur:<http://www.ihe.ca/documents/HTA20.FINAL.pdf>
72. Paul D, Pearlson K, McDaniel R. Assessing technological barriers to telemedicine : technology management implications. *IEEE Transactions on Engineering management*. 1999 août;46(3):279-88.
73. Lavaill L. Télémédecine : définitions, applications, et enquête auprès des médecins généralistes de Franche-Comté. Th : Med : Besançon ; 2011.
74. Gagnon M-P, Duplantie J, Fortin J-P, Landry R. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions : what are the conditions for success ? [Internet]. 2006 [Consulté le 2 août 2012]; Disponible sur:<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-1-18.pdf>
75. Whitten P, Love B. Patient and provider satisfaction with the use of telemedicine : overview and rationale for cautious enthusiasm [Internet]. 2005 [Consulté le 2 août 2012]; Disponible sur:<http://www.bioline.org.br/pdf?jp05107>
76. Jung M-L. From Health to E-Health : Understanding Citizens' Acceptance of Online Health Care [Internet]. 2008 [Consulté le 5 juillet 2012]; Disponible sur:<http://epubl.ltu.se/1402-1544/2008/68/LTU-DT-0868-SE.pdf>
77. Gagnon M-P. Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine dans le Réseau québécois de télésanté élargi (RQTE) [Internet]. 2003 [Consulté le 5 juillet 2012]; Disponible sur:<http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/21408/21408.html>

78. Yu P, Li H, Gagnon M-P. Health IT acceptance factors in long-term care facilities□: A cross-sectional survey. *International Journal of Medical Informatics*. 2009;219-29.
79. Gagnon M-P. Information and communication technology adoption by healthcare professionals□: an overview of theoretical models and their application [Internet]. 2006 [Consulté le 5 juillet 2012]; Disponible sur:http://www.iadis.net/dl/final_uploads/200601L009.pdf
80. Sun H, Zhang P. The role of moderating factors in user technology acceptance. *International journal of Human Computer Studies*. 2006;53-78.
81. Y.K. Chau P, Jen-Hwa Hu P. Investigating healthcare professionals' decisions to accept telemedicine technology□: an empirical test of competing theories. *Information and Management*. 2002;297-311.
82. Tachakra S, Newson R, Wootton R, Stinson A. Avoiding artificiality in teleconsultations. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2001;(7):39-42.
83. Lag (informatique). Wikipédia - L'encyclopédie libre [Internet]. [Consulté le 21 juillet 2012]; Disponible sur:http://fr.wikipedia.org/wiki/Lag_%28informatique%29
84. Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé. Télésanté□: lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation [Internet]. 2006 [Consulté le 21 juillet 2012]; Disponible sur:http://www.iness.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Telesante/ETMIS2006_Vo12_No3.pdf
85. Khan H, Qurashi MM, Hayee I. Tele-Health - The Modern Face of Healthcare [Internet]. 2007 [Consulté le 21 juillet 2012]; Disponible sur:http://comsats.org/Publications/Books_SnT_Series/09.%20Tele-Health%20The%20Modern%20Face%20of%20Healthcare%20%28Jan.%202007%29.pdf
86. Télégéria□: quand la médecine devient une réalité. *La Revue Télésanté*. 2011 mars;(1):22-3.
87. Espinoza P. Quels sont les facteurs clés du déploiement de la télémédecine dans nos territoires de santé□? [Internet]. 2010 [Consulté le 18 décembre 2011]; Disponible sur:<http://www.telegeria.fr/wp-content/uploads/2010/11/Quels-sont-les-facteurs-cl%C3%A9s-du-d%C3%A9ploiement-de-la-t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine-dans-nos-territoires-de-sant%C3%A9-Dr-P.Espinoza-04.pdf>
88. Franco A, Frossard M, Montani C. Télémédecine en gérontologie. *Serdi*. 2000.

89. A Torppa M, Timonen O, Keinänen-Kiukaanniemi S, Larivaara P, Leiman M. Patient–nurse–doctor interaction in general practice teleconsultations – a qualitative analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2006 sept;(6):306-10.
90. Sävenstedt S. Telecare of frail elderly - reflections and experiences among health personnel and family members [Internet]. 2004 [Consulté le 22 juillet 2012]; Disponible sur:http://3tseniornorge.no/wp-content/uploads/2011/08/Savenstedt-Telecare_of_frail_elderly.pdf
91. Brignell M, Wootton R, Gray L. The application of telemedicine to geriatric medicine. *Age and Ageing*. 2007 avr 20;(36):369-74.
92. Le Guen T, Fontaine E, CH de Cayenne - SAMU 973. 2001-2011: 10 ans de télé-médecine en Guyane. Bilan de l'existant et perspectives [Internet]. 2011 [Consulté le 19 août 2012]; Disponible sur:https://www.sante-martinique.fr/portail/gallery_files/site/218/224.pdf
93. Sävenstedt S, Bucht G, Norberg L, Sandman P. Nurse–doctor interaction in teleconsultations between a hospital and a geriatric nursing home. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2002 févr 1;8(1):11-8.
94. Hilty D, Marks S, Urness D, Yellowless P, Nesbitt T. Clinical and educational telepsychiatry applications□: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2004 [Consulté le 31 juillet 2012]; Disponible sur:<http://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2004/January/hilty.asp>
95. Haute Autorité de Santé. Efficience de la télé-médecine□: état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. 2011 [Consulté le 18 décembre 2012]; Disponible sur:http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
96. Article L162-3. Code de la Sécurité Sociale [Internet]. [Consulté le 5 août 2012]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000021536267&dateTexte=20120731>
97. Article L4113-5. Code de la Santé Publique [Internet]. [Consulté le 5 août 2012]; Disponible sur:<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688677&dateTexte=&categorieLien=cid>

98. Bohineust A. Télémedecine, le casse-tête de la facturation. Le Figaro [Internet]. 2012 [Consulté le 5 août 2012]; Disponible sur:<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/06/04/18314-telemedecine-casse-tete-facturation>

NOM : GABORIEAU

PRÉNOM : Gwénaëlle

TITRE DE THÈSE : Ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée

RÉSUMÉ :

Le projet de télémédecine « TÉLÉMÉDINOV » du Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan a débuté avec la mise en place de téléconsultations avec des EHPAD, projet entrant dans le cadre des 5 chantiers prioritaires nationaux. Nous avons étudié les appréhensions des soignants avant la mise en place de ces téléconsultations, et leur ressenti 2 mois après. Les soignants interrogés regroupaient les assistantes de télémédecine (qui sont des infirmières) et les médecins.

Nous avons utilisé la technique du focus group, méthode de recherche qualitative, afin de recueillir leur propos en ce qui concerne le matériel, leur nouvelle pratique professionnelle et le patient.

Les appréhensions concernaient principalement l'utilisation du matériel, l'examen clinique, le transfert de compétences et les responsabilités, le type de consultation, le temps nécessaire, la relation avec le patient et l'absence de contact physique possible. Le ressenti après 2 mois d'expérimentation a révélé une technologie satisfaisante avec toutefois des problèmes techniques liés à l'image et au son, ainsi qu'à l'ergonomie, éléments qui, pour la plupart, pourront être résolus grâce aux avancées technologiques régulières. Les nouvelles pratiques professionnelles ont été décrites comme satisfaisantes, l'assistante de télémédecine a notamment notifié l'enrichissement de ses connaissances. Son rôle et sa présence ont été décrits comme primordiaux auprès du patient en gériatrie. Il a été noté un gain de temps pour le médecin, un gain de confort pour le patient ainsi qu'un gain de qualité de la consultation en elle-même. L'examen clinique et l'urgence ont été retenus comme des limites. En revanche, la téléconsultation s'est révélée adaptée au suivi en psychogériatrie. La relation avec le patient et le ressenti non verbal ont été difficiles à appréhender.

Ce nouveau mode d'exercice nécessite encore des améliorations et de nombreuses autres études sont à réaliser, comme par exemple la fiabilité des diagnostics, ou encore le ressenti des soignants lors de téléconsultations plus médicales avec l'importance de l'examen clinique et l'utilisation des dispositifs médicaux.

MOTS-CLÉS :

Télémédecine ; téléconsultation ; ressenti ; médecins ; assistantes de télémédecine ; EHPAD ; gériatrie ; focus group.