



**Directrice d'établissement sanitaire, social
et médico-social**

Promotion : **2019 - 2020**

Autopsie d'un échec et perspectives :
le cas de la solution de téléconsultation
OurGHT* en EHPAD

Aude PERSONNIC

Sous la direction de
Laurie Marraud



EHESP

"C'est parce que l'on échoue que l'on réussit".

[Charles pépin, Les vertus de l'échec, 2016]

Sommaire

Introduction	- 1 -
I. OurGHT téléconsultation : une « bonne idée » vite confrontée à des difficultés.	- 6 -
A. Pensé comme un outil à la fois précurseur et salvateur, OurGHT* téléconsultation peine pourtant à s'imposer dans son environnement	- 6 -
1. Profitant d'un contexte favorable, OurGHT* TLC vole aux secours des EHPAD..	- 6 -
2. Bien que prometteuse, la solution reste prisonnière de sa conception initiale, en proie à l'obsolescence et à la concurrence	- 10 -
B. Insuffisamment structuré et achevé, OurGHT* téléconsultation échoue à satisfaire les attentes suscitées et à apporter les résultats escomptés	- 15 -
1. OurGHT* téléconsultation est caractérisé par un double échec tenant tant à la non-atteinte d'objectifs chiffrés qu'à un écart entre attentes et résultats	- 15 -
2. Cet échec résulterait principalement d'un manque de structuration dans le projet et de fonctionnalités dans l'outil.....	- 17 -
II. OurGHT* téléconsultation : un projet à abandonner ou à repenser, eu égard à ses potentialités ?	- 29 -
A. Fort de sa réussite à Vandart* et du contexte Covid, OurGHT* téléconsultation ne s'avoue pas vaincu	- 29 -
1. Les facteurs de réussite de la solution à Vandart*	- 30 -
2. Les pistes d'évolution récentes avec la crise de la Covid-19	- 34 -
B. Soumis à un avenir encore incertain, OurGHT* téléconsultation se doit pourtant d'être révisé sous peine d'être remplacé.....	- 39 -
1. Plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées par les acteurs interrogés.....	- 40 -
2. Plusieurs scénarios peuvent être proposés pour l'avenir de OurGHT* TLC.....	- 46 -
Conclusion	- 52 -
Bibliographie	- 54 -
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANS : Agence du numérique en santé

ARS : Agence régionale de santé

ASIP Santé : Agence française de la Santé numérique

BtoC : Business to Consumer

CD : Conseil départemental

CHTL* : Centre hospitalier du territoire du Lac*

CI-SIS : Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé

CNAM : Caisse nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie

CSS : Cadre supérieur de Santé

DG : Directeur général

DIM : Directeur du département d'information médical

DMP : Dossier Médical partagé

DSI : Directeur des systèmes d'information

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GRADeS : Groupement Régionaux d'appui au développement de l'e-Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HDS : Hébergeur de données de santé

HPST : Loi « Hôpital, patient, santé, territoire »

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

JORF : Journal officiel de la République française

Méd-co : Médecin coordinateur d'EHPAD

PM : Personnel médical

PNM : Personnel non médical

RH : Ressources humaines

SAMI : Service d'aide médicale urgente

TLC : Téléconsultation

TLM : Télémédecine

Introduction

Au 15 septembre 2019 - premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation - la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) estimait à plus de 60 000 le nombre annuel de téléconsultations facturées sur l'ensemble du territoire. A un rythme d'environ 3 300 actes en septembre, la téléconsultation se pratiquait encore peu (CNAM, 2019). Pourtant, lors du confinement instauré mi-mars pour lutter contre la pandémie de la Covid-19, la téléconsultation a connu une accélération exceptionnelle avec 1 million de téléconsultations enregistrées pour la seule semaine du 30 mars - soit l'objectif fixé pour l'ensemble de l'année (CNAM, 2020).

S'appuyant largement sur des évolutions technologiques¹ permettant des consultations à distance entre un médecin (toutes spécialités confondues) et un patient - accompagné ou non d'un autre professionnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien, ...) - la téléconsultation est plébiscitée pour le gain de temps et la sécurité sanitaire qu'elle offre dans un contexte de saturation de l'offre médicale, de hausse de la contagiosité, conjuguées à un renoncement aux soins. Aujourd'hui en pleine expansion, la téléconsultation – en tant qu'acte de télémédecine au sens de sa définition juridique de 2009² – a vu son cadre réglementaire posé par le décret du 19 octobre 2010³, précisant les cinq axes consultatifs : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale. Promue sur l'ensemble du territoire depuis mi-septembre 2018⁴, la téléconsultation offre par rapport à une consultation classique en présentiel des avantages en termes d'accès et d'offre de soins, en réduisant notamment les distances et les délais. Au près des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'objectif affiché de la téléconsultation est l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées souvent difficilement déplaçables et fatigables. En contrepartie, elle promet aux professionnels de santé une amélioration de leurs conditions de travail et de leur prise en charge (Mathieu-Fritz et al., 2012).

Pourtant, malgré les nombreux bénéfices attendus par la téléconsultation (Haute Autorité de Santé (HAS), 2018) et les efforts financiers considérables investis dans son déploiement (Cour des comptes, 2017), la téléconsultation peinait, jusqu'à la crise de la Covid-19, à se démocratiser et à s'ancrer dans les habitudes des praticiens généralistes et spécialistes. Ce décalage important entre les espérances créées et les résultats observés correspond à une configuration classique dans l'étude des technologies de l'information

¹ Grâce aux réseaux Internet haut débit et à la performance des systèmes de visiocommunication interactive.

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (publiée au JORF n° 0167 du 22 juillet 2009).

³ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (publié au JORF n° 0245 du 21 octobre 2010).

⁴ Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (publiée au JORF n°0197 du 28 août 2018).

(Kerleau & Pelletier-Fleury, 2002 ; Gaglio & Mathieu-Fritz, 2018). Inscrit dans ce schéma, ce mémoire va se pencher sur une expérience parfois qualifiée d'«échec» par ses acteurs⁵ : la solution OurGHT* téléconsultation (nom modifié)⁶. Il s'agit d'un module ajouté en 2017 et déployé entre 2018 et 2020 dans près de 42 EHPAD du département du Lac* - comptant plus de 300 000 habitants. Ce module s'appuie principalement sur la mise à disposition dans les EHPAD d'un ordinateur portable, de deux caméras connectées et d'un applicatif (cf. figure 4). Son ambition initiale était d'équiper tous les EHPAD du département pour permettre d'offrir un accès facilité à des spécialistes et donc une meilleure qualité de prise en soins pour les résidents.

En 2020, il y a un consensus au sein des différentes parties prenantes pour dire que la solution n'a pas apporté les résultats escomptés, en termes de fréquence d'utilisation et de nombre d'utilisateurs, avec seulement 221 téléconsultations réalisées en 2019 et 21 EHPAD utilisateurs sur les 36 équipés. Partant de ce constat et de celui d'une rareté dans les recherches en sciences sociales analysant les échecs en télémédecine (Gaglio, 2018), ce mémoire cherchera moins à faire le bilan du niveau de déploiement de la téléconsultation en 2020 dans le territoire du Lac* qu'à analyser les attentes, les obstacles – voire les désillusions – accompagnant la mise en œuvre de ce projet ainsi que les principaux leviers d'amélioration identifiés par acteurs. Nous tâcherons donc d'expliquer les circonstances et les motifs ayant mené à cette situation d'« échec ». Pour ce faire, il nous faudra déterminer si ce ressenti est davantage le fruit de la non-atteinte d'objectifs chiffrés et/ou d'un écart entre les attentes et les résultats en matière d'appropriation d'une technologie de l'information⁷. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la façon dont les acteurs perçoivent cet « échec », ce qu'ils en ont fait et ce qu'ils en retirent. De ce fait, ce mémoire recherchera aussi à présenter des pistes d'évolutions pour l'avenir mais avec une certaine prudence compte tenu du faible recul actuel (moins de 2 ans) et de l'incertitude qui plane sur l'avenir de la solution.

Le point de départ de ce mémoire s'appuie trois constats surprenants : le premier est que la solution OurGHT* téléconsultation ne fonctionne à grand volume qu'à l'EHPAD privé de Vandart*, malgré un subventionnement quasi intégral, interrogeant ici la pertinence du financement public alloué. Le second est la faiblesse de son utilisation, malgré les efforts de communication sur les créneaux des spécialistes et des améliorations techniques réalisées sur

⁵ 9 personnes ont utilisé le terme « échec », 2 personnes ont parlé de « réussite mitigée » et une de « projet dormant »

⁶ Par soucis d'anonymisation, le nom de la solution, celui des établissements, celui du département et ceux des personnes interrogées ont été remplacés (un astérisque indique les noms qui ont ainsi été changés)

⁷ Technologie de l'information et de la communication - appelé aussi système informatique - désigne « *un ensemble organisé de ressources (matériel, logiciel, personnel, données, procédures...)* permettant d'acquérir, de traiter, de stocker et de distribuer des informations dans et entre les organisations » (Wikipédia, consulté le 3 septembre 2020)

le logiciel, questionnant l'adéquation entre la réponse médicale apportée et les besoins réels des EHPAD. Enfin, le troisième est que même en situation de crise Covid - avec des assouplissements réglementaires - la solution n'a pas été utilisée par les EHPAD, soulevant la question des freins à l'implantation du numérique dans le département du Lac*.

Dès lors, que peut-on apprendre en tant que futurs managers de la santé de l'« échec » de ce processus d'innovation appuyé sur une solution technologique dans le champ de la gérontologie ? Quels facteurs et concepts expliquent le ressenti d'« échec » des acteurs dans le déploiement de la solution OurGHT* téléconsultation en EHPAD ? Quelles sont les voies de dépassement éventuelles de cette situation ou de ce ressenti ?

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la genèse particulière et le caractère innovant de la solution OurGHT* téléconsultation au moment de sa conception, rapidement rattrapée, au moment de son déploiement en 2018, par la prolifération de nouvelles solutions et d'importantes évolutions réglementaires, expliquant en partie la situation d'« échec » actuelle (I). Dans un second temps, nous nous intéresserons à la réussite singulière de Vandart*, aux pistes de dépassement de l'« échec » de OurGHT* TLC et enfin, aux pistes d'avenir, au regard des bouleversements qui s'opèrent actuellement dans le paysage de la téléconsultation (TLC) (II).

Méthodologie

Ce mémoire prend sa source dans l'observation de 3 EHPAD du département du Lac* n'ayant réalisé aucune téléconsultation via OurGHT* en 2018 et 2019 - malgré la mise à disposition du matériel, son subventionnement quasi-intégral ainsi que la présence d'infirmières (IDE) identifiées, formées, disposant d'un accès. Le premier enjeu de ce mémoire a été de rechercher auprès de différents interlocuteurs les facteurs bloquant le recours à la téléconsultation (TLC). Le second enjeu, plus modeste, a été de dresser des pistes de solution pour faire fonctionner OurGHT* TLC*. Un troisième enjeu a été abandonné, du fait notamment d'un accès aux données rendu complexe dans le contexte pandémique de la Covid-19. Il s'agissait de trouver des facteurs structurels en EHPAD expliquant le recours à la TLC dans le département (ex : la taille de l'EHPAD, le taux d'absentéisme, le pathos moyen pondéré, l'éloignement géographique, l'âge du praticien, la qualité du réseau, etc.).

Afin de bien prendre en compte le ressenti des acteurs et pour l'objectiver, une approche mixte (qualitative et quantitative) a été retenue. Elle s'est appuyée sur : une analyse thématique, un travail des verbatim, un dénombrement des occurrences et une prise en compte de la priorisation dans les réponses. En effet, au regard du très grand nombre d'entretiens réalisés et

de leur richesse, il semblait nécessaire de pouvoir m'appuyer sur quelques données chiffrées (comme les réponses les plus citées ou celles classées en N°1).

La première étape de ce mémoire a été la réalisation d'une revue de littérature afin de prendre connaissance des principaux auteurs sur la TLC (en particulier Gérald Gaglio pour la gériatrie) et de connaître ses principales évolutions législatives et réglementaires (cf. annexe 1). Cette analyse de la littérature a permis d'émettre un certain nombre d'hypothèses pouvant expliquer les freins au recours à la TLC en EHPAD du Lac* et ainsi permettre une première esquisse de questionnaire. Parallèlement, un journal de terrain a été tenu avec les notes prises lors de diverses réunions abordant le sujet de la TLC. En outre, faute d'avoir pu assister à une TLC, j'ai pu expérimenter la navigation sur le logiciel dans un des EHPAD avec l'aide d'un cadre de santé.

La seconde étape a été de me rapprocher de deux professionnels de santé, chercheurs, du centre hospitalier du territoire du Lac* (CHTL*) étudiant la solution OurGHT* afin d'échanger sur les premiers constats et de comparer les données chiffrées concernant les EHPAD (cf. annexe 2). Cette étape a permis de trier les hypothèses pertinentes.

La troisième étape a été la rédaction du guide d'entretien (cf. annexe 3) à partir de l'esquisse de questionnaire préétabli et de mes échanges précédents. Ce guide a eu pour objet d'interroger les différents acteurs impliqués dans le projet sur les difficultés rencontrées et les solutions à apporter. A l'appui de ce guide, 30 entretiens ont ainsi été réalisés (20 sur un mode semi directif et 10 de manière plus informelle) essentiellement par téléphone du fait de la crise Covid. Ces entretiens réunissent plusieurs profils d'interlocuteurs puisque 11 ont été réalisés auprès de médecins généralistes ou spécialistes, 8 auprès de directeurs, 4 auprès d'encadrants, 3 auprès d'autorités de tarification, 2 auprès de résidents d'un EHPAD, 1 auprès d'un IDE et 1 auprès d'un thésard (cf. annexe 4). Chacun de ces échanges a fait l'objet d'une retranscription sous forme de notes d'entretien (totalisant 80 pages). L'un de ces retranscriptions figure d'ailleurs en annexe 5. Il s'agit de l'entretien avec la cadre supérieure de santé de l'EHPAD de Vandart*.

La quatrième étape a été l'analyse thématique des entretiens à l'aide d'un tableau classant les réponses apportées lors des entretiens en deux onglets : un pour les difficultés, l'autre pour les solutions, avec pour chaque : les principaux thèmes (ex : difficultés / solutions liées à l'outil), les sous-thèmes (ex : difficultés / solutions techniques), les étiquettes (ex : mauvaise connexion / amélioration de la connexion) et les sous-étiquettes (ex : absence de réseau / investissement dans des équipements wifi). Ainsi, pour chacun des 30 entretiens réalisés (en colonne), dans l'onglet difficultés et dans l'onglet solutions, une lettre est inscrite (D pour difficulté et S pour

solution) dans la case correspondant à la sous-étiquette énoncée (en ligne) avec la priorisation par ordre décroissant de 1 à 5 (ex : D5 ou S3) (cf. annexes 6 et 7). Cette analyse thématique a permis de mettre en évidence les difficultés et solutions les plus citées (quantitativement) – en tenant compte de la priorisation (qualitativement) - et d'observer d'éventuelles similitudes dans les arguments avancés entre fonction identique (médecin, directeur, etc.). Par fonction, nous observons finalement peu de différences significatives dans les arguments avancés. En revanche, la redondance observée dans certains argumentaires laisse penser qu'une saturation d'idée a été atteinte sur certains thèmes.

La cinquième et dernière étape a consisté à mettre en regard les hypothèses initiales avec les éléments rapportés dans les entretiens afin de les confirmer ou les infirmer, tout en considérant un certain nombre de biais méthodologiques. En effet, bien qu'une trentaine d'entretiens aient été réalisés auprès d'interlocuteurs variés, seuls 11 EHPAD ont été représentés sur les 42 équipés (cf. annexes 2 et 3). A noter qu'il s'agit principalement d'EHPAD publics autonomes ou hospitaliers (sauf un privé commercial), ce qui trouve son explication dans la structuration de mon réseau local (en tant que ED3S). Concernant la diversité des profils interrogés, des biais de sélection sont observables et regrettables, telle que la sous-représentation des IDE, cadres et résidents dans mon panel, avec respectivement 1, 4 et 2 personnes interrogées. Cela s'explique pour les premiers par la crise sanitaire qui est venue emboliser le temps des IDE et cadres, doublée d'une tension déjà forte dans la région sur ces professions. Pour les seconds, faute de récurrence dans les TLC réalisées par l'EHPAD, les résidents interrogés ne bénéficiaient malheureusement pas d'une « *expérience utilisateur* »⁸. Cela étant ces 2 résidents ont été à même de me répondre. L'une avait un intérêt manifeste pour les visioconférences expérimentées avec ses proches lors de la crise - et l'autre, une appétence certaine pour les outils numériques (avec 2 ordinateurs et 1 clé 3G d'accès internet).

Cette méthodologie a ainsi permis d'identifier quelques axes de blocages et des pistes de solutions qui pourront par la suite faire l'objet d'une étude des besoins - voire d'une modélisation - plus approfondies par le doctorant, les médecins et les directeurs du CHTL*.

*

*

*

⁸ L'expérience utilisateur désigne « la qualité du vécu de l'utilisateur dans des environnements numériques ou physiques. C'est une notion de plus en plus courante là où l'on utilisait, encore récemment, les notions d'ergonomie des logiciels et d'utilisabilité » (Wikipédia, consulté le 3 septembre 2020)

I. OurGHT* téléconsultation : une « bonne idée » vite confrontée à des difficultés

Bien que l'introduction de la téléconsultation dans l'écosystème OurGHT* ait permis de répondre à la détresse médicale d'un EHPAD, ce module se trouve rapidement critiqué et concurrencé (A). Pourtant déployée dans de nombreux EHPAD, la solution peine à atteindre ses objectifs en raison de difficultés multiples (B).

A. Pensé comme un outil à la fois précurseur et salvateur, OurGHT* téléconsultation peine pourtant à s'imposer dans son environnement

Inscrit dans un contexte propice à son développement, OurGHT* téléconsultation a été conçu en réponse à l'urgence des demandes de prise en charge médicale d'un EHPAD (1). Pourtant malgré la réponse apportée, la solution peine à s'adapter et se retrouve rapidement concurrencée (2).

1. Profitant d'un contexte favorable, OurGHT* TLC vole aux secours des EHPAD

Les prémices du projet

La reconnaissance juridique de la télémédecine par la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » du 21 juillet 2009 (loi dite HPST) marque la mise en place d'une stratégie publique de déploiement de la télémédecine en France, qui s'est ensuite concrétisée par le décret du 19 octobre 2010 introduisant cinq chantiers prioritaires - dont l'un portant sur les soins en structure médico-sociale. Depuis lors, la télémédecine (TLM) est intégrée au sein des projets régionaux de santé définis par chaque Agence régionale de santé (ARS), avec la constitution de fonds de subvention dédiés (ex : fonds d'interventions pour la qualité et la coordination des soins, fonds pour la modernisation des établissements de santé, etc.) jusqu'en 2018. Conséquemment, plusieurs initiatives locales ont été proposées, voire même encouragées, par les autorités afin de favoriser son déploiement dans l'ensemble des territoires. Ainsi vient le tour en 2012 du territoire du Lac* avec l'expérimentation de « valises » de TLM d'urgences par le Dr VM* (médecin généraliste et urgentiste). Ces « valises » furent installées dans 10 EHPAD du département avec l'aide de l'ARS et un financement de 10 000 euros. Son but était de permettre la transmission de données au Service d'aide médicale urgente (SAMU) afin de mieux réguler les transports de résidents aux urgences en cas de douleurs thoraciques. Cette expérimentation novatrice à l'époque n'était pas pour autant unique puisque nous pouvons citer au moins un autre cas similaire initié dans 10 EHPAD du Nord-Est de la France (Gaglio, 2018).

Leur destin n'en fut pas moins commun puisque, malgré son évaluation positive, le projet du Dr VM* est aussi abandonné en 2014. Son financement fut donc coupé par l'ARS, préférant le reporter sur le déploiement de chariots de TLC dans une optique de « *public access* »⁹. Cette correspondance de date entre ces deux dispositifs n'est pas anodine puisque l'année 2014 marque un moment charnière dans la politique nationale de déploiement de la TLM. En effet, souhaitant pallier la faiblesse du déploiement la TLM en ville et dans le secteur médico-social¹⁰, une nouvelle dynamique est lancée –au travers de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹¹ - avec l'instauration d'une période d'expérimentation de 4 ans dans 9 régions pilotes¹². Bien que l'une de ces régions pilotes fasse partie de la même *grande région* que notre département d'étude - le Lac* - ce dernier n'en était pas moins exclu. Par conséquent, dans ce territoire, la TLC a disparu des pratiques jusqu'à son retour en 2018.

Pour autant, OurGHT* TLC doit beaucoup à l'initiative de « valise » du Dr VM* (Dr VM*) puisqu'elle a potentiellement préparé le terrain auprès des différents acteurs. C'est d'ailleurs sur la base de cette initiative, que les premières leçons sur la TLM furent tirées comme la nécessité d'avoir un matériel mobile et simple d'utilisation :

« Le constat juste qui a été fait à l'époque [en 2014] par le Dr VM et partagé par tous consistait à dire que la plupart des EHPAD étaient déjà équipés pour faire de la téléconsultation via des expérimentations antérieures (chariots d'urgence ou solutions peu souples et mobiles) nécessitant un matériel encombrant et une formation spécifique pour s'en servir. Par conséquent, les IDE s'en servaient peu et perdaient donc vite la main [...] »*
(CPAM, tel, 15 juillet).

Partant de ces constats et des évolutions techniques récentes, OurGHT* TLC souhaitait se distinguer de son « ancêtre » en proposant de la visio-conférence :

« Cette solution [« valise »] se limitait à un simple transfert de données entre les EHPAD et les urgences hospitalières. La volonté était donc de dépasser cette limite et d'aller plus loin en introduisant de la visioconférence » (CD, tel, 15 juillet)

Cette première expérience est également profitable au Dr VM* qui se voit identifié sur le territoire comme l'un des acteurs intéressés par le sujet de la TLM. Il en retire également une proximité avec « *les 2-3 premiers [EHPAD] avec qui il a développé le concept de valise* » et quelques enseignements utiles pour l'avenir (OurGHT* TLC) comme « *la nécessité*

⁹ Entendu comme le fait rendre accessible au grand public (tout venant) une nouvelle technologie de l'information et de la communication (NTIC).

¹⁰ Moins de 10% des projets de TLM concernaient le médico-social en 2013 (DGOS, 2013)

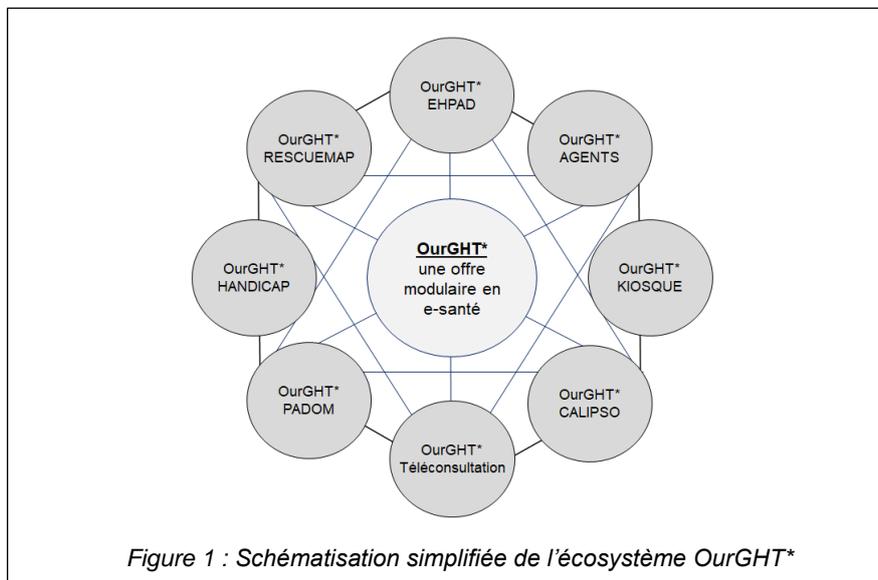
¹¹ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 publiée au JOFP le 24 décembre 2013

¹² Les 9 régions pilotes en TLM étaient : l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, le Pays de la Loire et la Picardie

d'accompagner voire de « bichonner » les EHPAD » (ancien directeur des systèmes d'information (DSI), tel, 3 juin).

La concrétisation du projet

En 2015, le Directeur général du centre hospitalier du territoire du Lac* (CHTL*) passe commande d'une solution ouvrant un portail collaboratif entre la ville et l'hôpital. Visionnaire dans sa conception territoriale, cet écosystème applicatif prend le nom de OurGHT*¹³ (cf. figure 1). Concrétisé grâce à un partenariat hospitalo-universitaire et un investissement de 300 000 euros¹⁴, il s'appuie sur plusieurs modules fonctions pensés autour d'un noyau que constitue la base de données des patients et des professionnels du CHTL*. « *Construit de bric et de broc* » - selon les termes du directeur général du CHTL* (DG) - OurGHT* s'intéresse d'abord au lien entre l'hôpital et les pharmacies, avant de se pencher sur le suivi des personnes handicapées puis des personnes âgées. Il est ainsi composé de plusieurs « *modules fonctions* » : d'outils de gestion de crise, d'un portail de ressources humaines (RH) pour les agents du CHTL*, du réseau social des EHPAD, etc. Dans la poursuite du même objectif de « *satellisation d'un maximum d'établissements du territoire* » (DG, ville de L*, 11 juin), un groupement de coopération sanitaire (GCS) Santé Numérique est créé en 2015 pour aider à l'informatisation des hôpitaux et des EHPAD se trouvant à proximité (au moyen d'une centralisation des demandes puis d'une redistribution des financements versés par l'ARS et/ou le conseil départemental (CD)). Ce GCS est resté actif jusqu'en 2017.



¹³ Avant même la mise en place du groupement hospitalier territorial (GHT) en juillet 2016, dans l'optique de « *rentre le CHTL* incontournable sur le territoire* » (DG, ville de L*, 11 juin)

¹⁴ La moitié ayant été assumée par le CHTL* et l'autre conjointement par l'ARS et le CD

Courant 2017, le Dr VM* rejoint le concept de OurGHT* avec comme objectif initial de faciliter la transmission directe des courriers de sortie et/ou des ordonnances auprès des pharmacies. En se joignant au projet, le Dr VM* espère y trouver un moyen de relancer la TLC avec les EHPAD : un vœu exaucé en 2018 par la visite « urgente » de la directrice de l'EHPAD de Vandart* au DG du CHTL*. A ce moment-là, l'EHPAD de Vandart* (privé commercial) se trouvait effectivement dans une situation alarmante avec seulement 3 médecins traitants pour 72 résidents, sachant que l'un d'eux allait déménager prochainement et qu'un autre faisait valoir son droit à la retraite. Il ne devait donc y avoir plus qu'un médecin traitant fin 2018, ce qui semblait insuffisant car « *même si il y avait un médecin coordonnateur intervenant à mi-temps, il commençait à y avoir un problème de suivi médical* » (cadre supérieure de santé (CSS) de Vandart*, tel, 25 juin) (cf. annexe 5). Face à la dégradation de la situation, le CHTL* s'engage à développer rapidement de la TLC via OurGHT*. Loin de développer cette solution que par conviction uniquement, il s'est agi de trouver un système « gagnant-gagnant » pour l'hôpital et l'EHPAD : le premier assurait un accès facilité à ses médecins – ce qui permettait aussi « *de faire tourner le plateau technique du CHTL** » (DG, ville de L*, 11 juin) - en échange de quoi le second offrait « *une garantie de découché¹⁵ sur ses lits d'aval, avec une priorisation donnée à l'entrée aux patients venant du CHTL** » (ancien DSI, tel, 3 juin). Parallèlement, le GCS Santé numérique a permis la réalisation de ces ambitions en équipant informatiquement les EHPAD publics et privés du département (pour une valeur de 7 000 euros par EHPAD).

La solution OurGHT* est ensuite soumise à la validation des tutelles en 2018 lors d'une réunion réunissant le CHTL*, des représentants d'EHPAD, l'ARS, le CD et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). La présentation qui en est faite met l'accent sur une nouvelle stratégie établie avec Vandart* : offrir aux EHPAD du département du Lac* un accès facilité aux spécialistes du CHTL* (plutôt que celui des urgences comme dans le cas de l'expérimentation précédente) : « *en effet, la fin du financement ARS nous a obligé à rebâtir le concept de télémédecine en reproduisant un circuit de prise en charge plutôt fléché vers les spécialités que les urgences* » (Dr VM*, ville de L*, 3 mars). Au départ, le projet ne convient pas à 100% aux financeurs qui y voient plusieurs limites (cf. ci-après), avant de finalement donner leur accord pour un déploiement sur les 46 EHPAD du département - pour un montant de 14 000 euros par EHPAD¹⁶ : « *Il y a donc eu une volonté commune ARS-CD de valider le projet puisqu'il comportait bien un porteur [le CHTL*], une solution ambitieuse [OurGHT*] et un souhait des EHPAD de s'engager dans cette voie. Tous les feux étaient donc au vert* » (CD, tel, 15 juillet).

¹⁵ Autrement dit, pour le CHTL* de pouvoir transférer plus facilement certains patients âgés nécessitant une prise en charge longue (considéré parfois comme des « bed blockers ») vers cette EHPAD (à condition que cette structure lui soit adaptée)

¹⁶ Chaque établissement devait toucher une subvention de 14 000 € touchée en deux fois : une 1ère subvention de 7 000 € pour l'achat du matériel puis une 2nd de 7 000 € pour la maintenance (conditionnelle à 3 ou 5 TLC réalisées dans l'année)

Ainsi, deux vagues successives d'installation eurent lieu en 2018 (avec 16 EHPAD équipés) puis en 2019 (pour 20 autres EHPAD).

2. Bien que prometteuse, la solution reste prisonnière de sa conception initiale, en proie à l'obsolescence et à la concurrence

Les promesses du projet

A l'instar de la télémédecine, la téléconsultation est considérée comme un instrument permettant de réduire les dépenses de santé en limitant les transports sanitaires et les durées d'hospitalisations et – dans le même temps - d'améliorer la qualité des soins en mobilisant des technologies de pointe (Hazebroucq, 2003), bien retranscrit dans ces propos recueillis : « *L'enjeu était d'éviter une solution de téléconsultation onéreuse (type cabine de téléconsultation), d'améliorer le parcours de soins en ouvrant une perspective nouvelle de consultation et d'éviter les déplacements de personnes fragiles* » (CD, tel, 15 juillet). En gériatrie, l'intérêt de la TLC a notamment été souligné par le conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM, 2009) et conforté par plusieurs expérimentations réalisées à Toulouse, Limoges, Grenoble ou encore à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris¹⁷ (Mathieu-Fritz et al., 2012) – quitte parfois même à en faire une « *arme promotionnelle* » (Dr H*, tel, 9 juin) dans l'univers concurrentiel des EHPAD (Morel, 2018). Tout comme la solution OurGHT* TLC, ces diverses expérimentations ont pour objectifs de réduire les déplacements et de donner accès à des consultations spécialisées aux patients ou résidents d'hôpitaux gériatriques et d'EHPAD, sources de satisfaction chez les sujets âgés (Street et al., 2000 ; Mathieu-Fritz et al., 2012). Ces atouts sont également pointés du doigt par un certain nombre d'enquêtés - toutes fonctions confondues : « *cela permet également à la personne âgée de moins perdre ses repères et de moins se fatiguer, c'est donc aussi un confort pour le résident* » (IDE de l'EHPAD 1-2-3*, ville de P*, 26 juin). Les résultats obtenus à Vandart* confortent également ces ambitions : « *en diabétologie, il n'y avait jamais eu un si bon suivi médical des résidents - il faut dire qu'il n'y avait jamais eu avant. Il y a donc eu une amélioration de la prise en charge des résidents de l'EHPAD grâce à l'outil* » (DG, ville de L*, 11 juin).

Pourtant, au moment de la présentation du projet, « *l'idée même de faire de la télémédecine était plutôt mal reçue par les professionnels de santé [du Lac*] car trop cher, trop lourd et trop complexe à utiliser* »¹⁸ (DG, ville de L*, 11 juin). En cela, OurGHT* semble bien être un cas

¹⁷ Liste d'exemples non limitative

¹⁸ Ce qui n'est pas sans rappeler les premières déconvenues mises en évidence par l'expérimentation « valise »

d'école de l'absence de diffusion d'une innovation en télémédecine, malgré des objectifs séduisants partagés par (presque) tous (Da Silva & Raulo, 2013 ; Gaglio & Mathieu-Fritz, 2018). OurGHT* TLC avait donc la lourde charge de réussir là où son « ancêtre » (la « valise ») avait échoué, c'est-à-dire à forcer l'adhésion des acteurs en proposant une solution techniquement facilitante. Pour ce faire, le DG du CHTL* passe commande d'une solution simple d'usage au design « low cost », autrement dit avec des appareils offrant la même résolution photographique qu'un smartphone et un logiciel ayant l'ergonomie d'un site web. Il part effectivement du constat que les médecins qui échangent autour de cas cliniques se contentent souvent du partage de photos prises par smartphone. C'est donc sur la base de ces orientations que la solution OurGHT* TLC est présentée aux tutelles : « *La volonté collective plaidait donc en faveur d'un projet de téléconsultation très souple, avec - côté ARS - le souhait d'une solution adaptée pour les tablettes et les smartphones, pour nous [la CPAM] cela était un peu prématuré à l'époque [...] Le Dr VM* a donc proposé une solution simple s'appuyant sur un ordinateur, une caméra fixe et un logiciel* » (CPAM, tel, 15 juillet).

Les limites du projet

Malgré la validation de son projet, le CHTL* a fortement été encouragé à revoir sa copie afin de prendre en compte certaines critiques, dont trois principales :

- l'absence de garantie sur la qualité du réseau : « *il s'est avéré qu'il y n'avait pas eu suffisamment de tests pour vérifier la qualité du réseau côté émetteur et récepteur, ce qui nous a rapidement alerté sur le fait que cela n'allait pas être simple* » (CPAM, idem) ;
- la réponse à un besoin non prioritaire pour les EHPAD : « *OurGHT* téléconsultation proposait une offre de médecine de spécialité à destination des EHPAD or les EHPAD de la région manquaient de médecins traitants [...] 2-3 EHPAD qui indiquaient même ne plus avoir du tout de médecin traitant pour leurs résidents* » (CPAM, idem) ;
- l'ambition d'inclure tous les EHPAD du département : « *l'idée à travers OurGHT* était de proposer une seule solution utilisée par tous acteurs du département. Cette idée a été validée mais il fallait ensuite travailler rapidement à ce qu'elle soit facilement interopérable avec tous les médecins généralistes et spécialistes désireux de faire de la téléconsultation dans les EHPAD. Mais cette demande - bien qu'elle ait été entendue - a été insuffisamment prise en compte et pas vraiment mise en place* » (CPAM, idem).

Ces points de vigilance apparaissent partagés par un certain nombre d'acteurs de terrain, ce qui pourrait expliquer une relative prudence, voire méfiance, à l'égard de l'outil. Deux publics semblent ainsi particulièrement prudents dès le lancement : les EHPAD autonomes et les médecins généralistes. Pour les premiers, la CPAM note « *des réticences de la part de certains*

EHPAD au nom de leur libre choix et du fait d'une vision parfois un peu négative du GHT » (CPAM, idem) ; corroborées par les dires du CD associant cette méfiance à : *« une crainte l'absorption de certains directeurs d'EHPAD »* (CD, tel, 15 juillet). Pour les seconds, la mise en place de la téléconsultation est perçue comme *« un moyen de pallier l'absence de médecins généralistes ou gériatres [...] l'idée est de faire glisser certaines tâches pour dépasser des difficultés de médecins généralistes sur place »* (Dr N* intervenant à l'EHPAD 6*, tel, 8 juin). Cette dernière idée rejoint le concept - récurrent en sociologie des professions - de délégations des tâches médicales à d'autres professions médicales, voire même paramédicales (Nicolini, 2006 ; Mathieu-Fritz & Esterle, 2013).

Pourtant, ces critiques ne s'avèrent que partiellement prises en compte dans les évolutions qu'a connues la solution. En effet, OurGHT* TLC est restée très centrée sur de la médecine de spécialité, ce qui a limité l'adhésion au projet de certains médecins traitants et EHPAD, même si la solution est présentée à certains médecins généralistes intervenants en EHPAD (ex : Dr N*, Dr H*, etc.). Ce fut une des difficultés rencontrées au départ par Vandart* car beaucoup de résidents n'avaient plus de médecin traitant et le seul restant était plutôt méfiant à l'idée d'adresser ses patients à des spécialistes qui lui étaient inconnus (en l'occurrence ceux du CHTL*) (cf. annexe 5). En outre, pour tenter de « déshospitalo-centrer » le projet, le Dr VM* - en tant que porteur le plus identifié – a dû user d'une triple casquette en fonction de ses interlocuteurs : se présentant tour à tour plutôt comme médecin urgentiste au CHTL*, président du conseil départemental de l'ordre des médecins et/ou médecin généraliste connaisseur des EHPAD. Enfin, des ajustements techniques ont aussi été opérés pour améliorer la qualité de la TLC et ainsi éviter les coupures de réseau ou les échecs dans les transferts de documents ou RDV qui représentaient ¾ des incidents mineurs recensés.

Malgré ces efforts, la solution peine à s'adapter correctement et à s'instaurer durablement dans les usages. Cette faiblesse d'adaptation expliquerait d'ailleurs l'obsolescence rapide de la solution, échouant à suivre l'évolution rapide de la réglementation et à contrer la montée en puissance de la concurrence.

Une obsolescence rapide

A son lancement, la solution OurGHT* TLC accuse déjà un retard technique attribué :

- à la volonté de déléguer tout le développement à une start-up locale : *« ce partenariat a mis tellement de temps à se développer que quand la solution a enfin été mise en service elle était déjà dépassée dans ses concepts »* (DSI, tel, 21 juin) ;

- aux financements alloués, jugés insuffisant au regard de l'ambition affichée : « *OurGHT n'a pas évolué ; pour que cela évolue, il aurait fallu investir* » (DSI, idem) ;
- à un modèle économique coûteux car trop centré sur un développement local : « *OurGHT* TLC n'est présente que sur son territoire, elle a donc comme particularité d'être seule à faire évoluer ses usages et à se financer* » (DSI, tel, 21 juin).

En outre, la solution n'est pas parvenue à s'adapter pour respecter les nouvelles réglementations et/ou recommandations (ex : partage de documents médicaux entre professionnels de santé, hébergement des données dans un serveur certifié HDS (Hébergeur de Données de Santé), vérification du droit d'exercer au sein des répertoires d'identités professionnelles de référence, etc.). Plusieurs personnes interrogées mettent ainsi en évidence certaines carences : « *le niveau 1 de OurGHT n'est plus suffisant, ni même adapté aux évolutions réglementaires qui veulent que aujourd'hui la solution de téléconsultation soit interfacée avec le DMP [Dossier Médical Partagé]* » (DIM, ville de L*, 7 mai) ; « *au-delà de l'outil technique qui a de nombreux défauts [...] il faut faire évoluer l'outil en fonction de nouvelles recommandations de la HCS [haut conseil de sécurité] ou de l'ANS [Agence du Numérique en Santé]* » (Dr H*, tel, 9 juin) ; « *OurGHT* TLC n'est pas très différent des autres solutions présentes sur le marché, ce qui lui manque c'est des outils connectés [comme c'est le cas par exemple de TockTockToubib*] [...] aujourd'hui ce n'est pas une difficulté, avec le temps ça risque de le devenir* » (cadre de santé en EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin) . Pour certains acteurs, la solution était même : « *[...] pratiquement obsolète avant sa mise en place complète* » (ARS, tel, 6 juillet). Peut-être finalement que OurGHT* TLC a comme principal travers d'avoir peut-être été pensé un peu trop tôt – ce que semble corroborer ce propos : « *Une certaine maturité technique et de financement institutionnel a été acquise, ce qui n'était pas le cas à l'époque* » (ancien DSI, tel, 3 juin).

Une concurrence vive

Pourtant, si le retard pris par la solution est ici un frein notable, il semblerait que cela soit la montée de la concurrence qui la condamne. Car si « *la mise en concurrence a l'avantage de la remise en question qui permet l'évolution* » (médecin gériatre du CHTL*, tel, 17 juin), OurGHT* TLC est resté volontairement de son côté, ancré dans sa conception initiale, sans positionnement clair sur le marché. Ce dernier s'avère, en effet, être sévèrement bouleversé en 2018 par l'entrée de nouveaux acteurs sur le marché et le développement d'une « *cohabitation*

et/ou concurrence entre plateformes publiques et privées » (ASIPSanté, 2019). La solution se retrouve donc rapidement concurrencée à plusieurs niveaux¹⁹ :

- *au niveau régional*, l'instruction ministérielle du 10 janvier 2017²⁰ lance une nouvelle stratégie d'e-santé régionale avec la mise en place de GRADeS (Groupement régionaux d'appui au développement de l'e-Santé). La *grande région* - comprenant le territoire du Lac* - se conforme donc à cette nouvelle réglementation courant 2018 en rassemblant les GCS télésanté de chaque région²¹ en un seul groupement d'intérêt public : Impulsiony*. Sa visée principale est de permettre la mutualisation régionale des outils d'e-santé comme OurGHT TLC*. Impulsiony* aurait en principe dû intégrer – voire remplacer – OurGHT* TLC sur le territoire du Lac*. Pourtant, le CHTL* ne suit pas le mouvement et décide de poursuivre localement le projet de OurGHT* TLC.
- *au niveau national*, l'avenant 6 à la convention médicale et la décision prise le 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie²² (cf. annexe 1) entérinent la TLC dans le droit commun et ouvre ainsi son remboursement au titre de l'assurance maladie. En réaction, une multitude d'acteurs privés entre sur le marché en proposant des plateformes et des services de TLM de type BtoC (*business to consumer*)²³ permettant de mettre en relation directement le patient et son médecin (sans passer par les éditeurs traditionnels et les plateformes publiques chapeautés régionalement par un GRADeS). OurGHT* TLC se retrouve donc fortement concurrencé localement dès 2019 par de nouvelles solutions telles que Médecinelib*, Mainhealth*, TockTockToubib* ou encore pharmaact*.
- *au niveau local*, d'autres solutions de téléconsultations apparaissent en investissant des domaines jusque-là sous-investis par OurGHT* TLC telle que la télémédecine généraliste avec par exemple « *Télémédecins* solution qui est un prestataire de téléconsultation de médecine générale disposant de 5 solutions dont OurGHT** » (DIM, ville de L*, 7 mai).

OurGHT* TLC reste donc ici au stade de « bonne idée » pour aider les EHPAD en difficulté. Manquant de réactivité dans son développement, la solution se voit ainsi vite rattrapée par des solutions concurrentes plus performantes et intégrées. Pourtant, s'il paraît évident que le

¹⁹ Soit au niveau régional par Impulsion*, au niveau local par Télémédecin solution* et au niveau national par Médecinelib*, Mainhealth*, TockTockToubib*, etc.

²⁰ L'instruction N° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

²¹ Avant la fusion des régions en « grandes régions » en 2015, chaque région disposait de son propre GCS télé-santé

²² Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie publiée au JORF n°0197 du 28 août 2018

²³ Désigne « l'ensemble des architectures techniques et logiciels informatiques permettant de mettre en relation des entreprises directement avec les consommateurs » (Wikipédia, consulté le 3 septembre 2020)

contexte a joué, l'« échec » ressenti tient, selon les acteurs, davantage à des difficultés structurelles.

B. Insuffisamment structuré et achevé, OurGHT* téléconsultation échoue à satisfaire les attentes suscitées et à apporter les résultats escomptés

En 2020, le bilan de la solution par les acteurs fait état d'un double échec : celui de ne pas avoir satisfait à des indicateurs quantitatifs et celui d'avoir déçu les attentes fortes suscitées – à l'exception notable de l'EHPAD de Vandart* (1). Les personnes interrogées imputent ce résultat à un certain nombre de difficultés récurrentes et persistantes, tenant davantage au projet lui-même qu'à son environnement (2).

1. OurGHT* téléconsultation est caractérisé par un double échec tenant tant à la non-atteinte d'objectifs chiffrés qu'à un écart entre attentes et résultats

Un échec qualitatif

D'un point de vue qualitatif, bon nombre de personnes interrogées s'accordent à dire que la solution est plutôt un échec en 2020 : 9 personnes utilisent le terme « échec », 2 personnes parlent de « réussite mitigée » et une de « projet dormant » - à l'instar de cette directrice résumant ainsi la situation : « *Globalement, OurGHT* sous l'angle de la téléconsultation EHPAD est plutôt un échec* » (Directrice de l'EHPAD 1-2-3*, ville de S*, 15 mai). Un constat qui semble également partagé par les principaux porteurs (DG, ancien et « nouveau » DSI) – à l'exception peut-être du Dr VM* : « *OurGHT* TLC, précurseur à l'époque a été bien vite rattrapée. Aujourd'hui, la solution n'est plus trop originale : elle est « so 2017 ». Depuis les moyens techniques se sont améliorés* » (DG, ville de L*, 11 juin) ; « *Avec OurGHT* TLC nous avons joué aux apprentis sorciers [...] je suis assez lucide pour dire qu'aujourd'hui c'est un échec* » (ancien DSI, tel, 3 juin) ; « *OurGHT* TLC est une belle expérimentation qui a permis de bien comprendre les freins et leviers de déploiement d'une solution mais abandonnée compte tenu des difficultés [...]* » (DSI, tel, 21 juin). Pour autant, ne pas parvenir à satisfaire les fortes attentes suscitées semble être le lot commun de bon nombre de nouvelles technologies (Brown & Michael, 2003 ; Van Hout et al., 2018) – comme rappelé également ici : « *[en télémédecine] ce qui a dominé et ce qui dominera de plus en plus c'est un produit jamais totalement parfait* » (DG, ville de L*, 11 juin). Plusieurs causes peuvent expliquer cette forme de déception constante : premièrement, le fait que la solution proposée est rarement conçue et adaptée au secteur gériatrique (Gaglio, 2018) ; secondement, il est souvent difficile pour une solution de s'ajuster perpétuellement aux organisations (Morel, 2018). Un seul exemple vient nuancer le tableau : l'EHPAD de Vandart* qui fait montre d'une grande satisfaction et implication dans son

usage : « *OurGHT est totalement une réussite pour nous ; heureusement que nous avons pu avancer avec, nous sommes toujours été très investis en ce sens [...]* » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin).

Un échec quantitatif

D'un point de vue quantitatif, OurGHT* TLC n'a pas atteint les objectifs fixés - tant en termes d'EHPAD utilisateurs que de TLC réalisées avec de grandes variations entre établissement. Ainsi, en 2019, seuls 21 EHPAD ont réalisé des TLC sur les 36 équipés et seules 221 téléconsultations ont été réalisées (soit bien en dessous de l'objectif attendu de 750 TLC). De plus, sur ces 36 EHPAD équipés : 7 n'ont réalisé aucune téléconsultation, 13 en ont réalisées entre 1 et 5, 2 en ont fait entre 5 et 10 et 6 seulement en ont fait plus de 10 (cf. annexe 2)²⁴. Seulement 21 EHPAD ont donc réellement utilisé la solution pour laquelle ils ont été équipés. Nous sommes loin de l'objectif globalement des 46 EHPAD du département. En outre, leur moyenne annuelle d'utilisation était autour de 5 TLC. Un chiffre faible d'un point de vue quantitatif mais significatif puisqu'il s'agit du seuil minimal ouvrant droit à la subvention additionnelle. Certains médecins et directeurs parlent même d'une « *pression au gain* » (Dr M*, tel, 9 juin) ou d'« *utilisation ridicule faussement augmentée* » (Dr H*, tel, 9 juin) pour qualifier cette forme d'incitation financière à la réalisation de TLC. A noter que l'EHPAD ayant réalisé le plus grand nombre de TLC est l'EHPAD privé commercial de Vandart* avec 47 TLC réalisées en 2019 et 92 en 2020, soit près de la moitié des TLC réalisées chaque année (respectivement 46% et 42%). Le second EHPAD ayant réalisé le plus de TLC n'en a réalisé qu'une trentaine en 2019 et une quarantaine en 2020. L'écart significatif d'utilisation de la solution entre Vandart* et les autres EHPAD semble s'expliquer – en grande partie – par la genèse particulière qui les lie :

« L'EHPAD de Vandart a été pris comme établissement test pour réaliser des essais sur le logiciel et sur la prise de rdv en ligne. Pour voir ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas. Une étude des besoins a aussi été réalisée au départ pour pointer du doigt les difficultés, notamment celles liées au transport [...] Nous avons donc évolué avec l'outil et essuyé les plâtres »* (CSS de l'EHPAD de Vandart*, tel, 25 juin) (cf. annexe 5).

Pourtant, si sa participation active à la conception de l'outil est aujourd'hui source de réussite pour l'EHPAD de Vandart*, elle semble également être la cause de son échec de transposition ailleurs. Cet EHPAD apparaît en effet avoir bénéficié de davantage de temps de préparation et d'accompagnement que les suivants, ce qui se retrouve dans les nombreux obstacles rapportés par ces derniers.

²⁴ Aucune donnée chiffrée n'a pu être établie en 2019 pour 8 des 36 EHPAD équipés dans le département

2. Cet échec résulterait principalement d'un manque de structuration dans le projet et de fonctionnalités dans l'outil

Afin de tenter d'objectiver les points de blocages, chaque personne interrogée a été invitée à évoquer spontanément toutes les difficultés lui venant en tête, puis dans un second temps, elles ont été accompagnées pour les regrouper en catégories hiérarchisées de la plus problématique à la moins problématique (cf. annexe 6). Il est ainsi ressorti des 30 entretiens réalisés 67 réponses différentes qui ont pu être regroupées en 11 « catégories de difficultés »²⁵ (ex : difficultés techniques, difficultés de communication, etc.) appartenant elles-mêmes à 4 « grandes catégories »²⁶ : les difficultés liées à l'outil, les difficultés liées à la structuration du projet, les difficultés liées à l'environnement du projet et enfin, les difficultés liées aux acteurs (cf. annexe 7). D'un point de vue macro, le calcul des occurrences de réponses a permis de pointer les difficultés les plus citées - à savoir : en premier, les difficultés liées à la structuration du projet (63 occurrences) ; en second, les difficultés liées à l'outil (55) ; en troisième, les difficultés liées à l'environnement du projet (43) puis ; en dernier, les difficultés liées aux acteurs (36). L'importance première donnée aux difficultés de structuration du projet s'explique par le fait que, pour les personnes généralement plus éloignées de l'utilisation courante de l'outil (ex : directeur ou tutelle), l'essentiel reste le projet²⁶ et non l'outil, ce dernier n'étant que le moyen de faire : « *le problème n'est pas forcément l'outil en tant que tel mais plutôt l'organisation à y mettre autour* » (DG, ville de L*, 11 juin) ; « *Le choix de l'outil technique n'est pas le problème en soit puisqu'il existe une bonne trentaines d'outils qui peuvent évoluer pour peu qu'ils répondent à un besoin préalablement identifié* » (Dr H*, tel, 9 juin). L'ordre de priorisation établi par les acteurs en dit donc long sur leur façon de penser, en particulier sur le fait qu'ils attribuent plutôt l'«échec» de OurGHT* TLC à des *facteurs internes* (liées à la structuration du projet et/ou à sa déclinaison opérationnelle) qu'à des *facteurs externes* (tenant davantage contraintes réglementaires et/ou aux réticences des acteurs). Cette primauté donnée aux *facteurs explicatifs internes à la solution* est pourtant à relativiser puisqu'elle peut aussi masquer en creux, de la part de certains acteurs, une forme d'opposition au projet ou d'incapacité organisationnelle à l'assumer : « *si au départ il n'y a pas une volonté de faire, ce n'est pas l'outil qui va inciter puisque les praticiens pourront toujours se cacher derrière des défaillances techniques* » (Dr H*, tel, 9 juin) ; « *Il y avait des directeurs d'EHPAD n'étaient pas forcément pour mais qui avec les freins techniques n'essayent même plus* » (ARS, tel, 6 juillet).

²⁵ Par un souci de simplification et d'aisance rédactionnelle, certains intitulés du tableau d'analyse thématique des résultats ont été ainsi renommés : les « grandes catégories » correspondent à la colonne « thèmes », les « catégories de difficultés » à celle des « sous-thèmes » et les « sous-catégories » à celle des « étiquettes » (voir annexes 6 et 7 pour le rendu final)

²⁶ Entendu ici sous quatre angles principaux : l'offre médicale, le portage, l'accompagnement et la communication

Des failles dans la structuration du projet

En premier lieu, concernant les difficultés liées à la structuration du projet, deux « sous-catégories » ressortent principalement : les difficultés liées au projet médical (30 occurrences) et celles liées au portage (14). Dans une moindre mesure les difficultés d'accompagnement (11) et de communication (8) sont également citées (cf. figure 2 et annexe 5). Les difficultés liées au projet médical tiennent à deux motifs principaux : le manque d'adaptation de l'offre aux besoins des EHPAD (17 occurrences) - du fait notamment de l'absence de créneaux proposés en dermatologie ou encore en psychiatrie - et le manque de visibilité de l'offre médicale (13). Bien que couramment citée, l'absence de visibilité sur les créneaux dédiés ne serait plus d'actualité depuis la crise :

« La critique souvent entendue sur l'absence de transparence sur les créneaux dédiés des spécialistes - et ce malgré le fait que cette solution ait comme principal avantage d'avoir un agenda partagé permettant au requérant [l'EHPAD] d'aller directement s'inscrire sur un créneau affiché par le requis [le spécialiste] [...] - a été infirmé par la crise de la Covid-19, car il y eu un très faible recours à la téléconsultation par les EHPAD alors qu'une large publication a été faite sur les créneaux bloqués » (DIM, ville de L, 7 mai).*

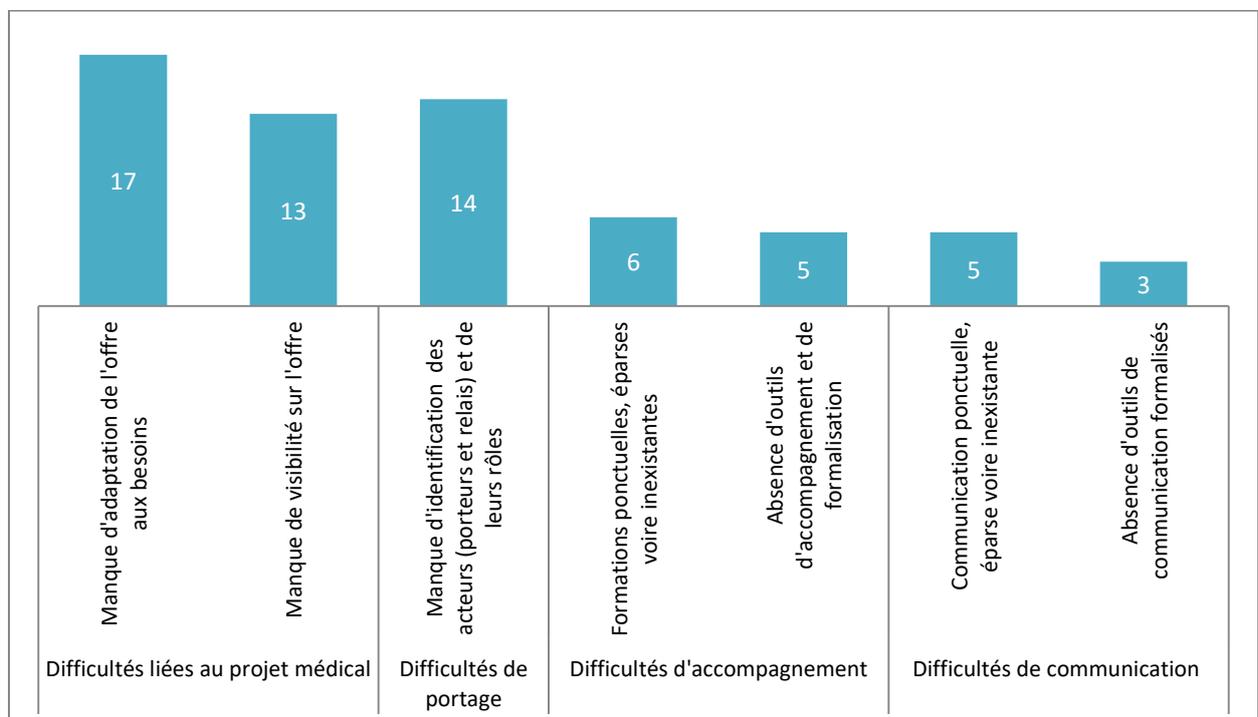


Figure 2 : Graphique récapitulant les difficultés liées à la structuration du projet

Le problème principal de OurGHT* TLC serait donc plutôt le caractère insuffisant et inadapté de l'offre médicale au regard des attentes et besoins des EHPAD, en raison notamment de l'absence de projet médical co-construit et partagé — comme expliqué ici : « [...] Surtout, en EHPAD, le besoin de médecine spécialisée est ponctuel alors qu'il serait utile d'avoir accès aux médecins traitants qui sont très peu nombreux. L'offre proposée n'est donc pas adaptée aux besoins et à ce qui est déjà proposé historiquement - avec le canal d'appel aux secrétariats médicaux et la possibilité d'avoir des consultations spécialisées sur site » (IDE de l'EHPAD 3*, ville de P*, 26 juin). De plus, même lorsque des créneaux téléconsultations existent et sont sélectionnés, ils ne s'avèrent pas toujours honorés par les spécialistes, ce qui a eu tendance à décourager certains requérants : « OurGHT* TLC* est limité à certaines spécialités. Personnellement, j'ai surtout sollicité la dermatologie qui est une spécialité très demandée en gériatrie. Malheureusement, il n'y a pas eu beaucoup de créneaux proposés et plutôt des rendez-vous manqués » (médecin coordinateur (Méd-co) de l'EHPAD 8*, tel, 19 juin).

Bien que multifactorielle, cette inadéquation entre offre et demande trouve deux explications principales : l'absence d'une évaluation en amont des besoins des EHPAD (à l'exception notable de Vandart*) et d'une prise en compte insuffisante des contraintes et volontés de faire des spécialistes - conformément au conseil formulé par ce cadre : « si un EHPAD voulait se lancer dans la téléconsultation, il faudrait d'abord recenser les besoins des résidents et les comparer par rapport à l'offre médicale proposée » (cadre de santé en EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin). Autrement dit, l'outil OurGHT* TLC existerait sans projet médical clair : « L'erreur de OurGHT* est d'avoir posé un outil avant d'avoir assuré la réponse médicale derrière » (Dr H*, tel, 9 juin). Faute de cadrage médical initial, OurGHT* TLC peine à s'articuler avec les autres dispositifs existants et à se faire comprendre de ses utilisateurs. D'autant que les acteurs semblent lui prêter des définitions et finalités bien différentes - qui correspondent parfois moins aux objectifs fixés qu'à leurs propres desideratas (par exemple le fait de faire de la médecine générale avec). Ainsi, quatre typologies d'interprétations se côtoient – voire s'opposent :

- certains voient dans OurGHT* TLC le moyen de faire de la médecine générale en cas d'absence de médecin traitant et/ou de médecin coordonnateur sur place. Il s'agit plutôt du cas des EHPAD autonomes isolés comme Vandart*. Ce domaine est déjà celui prisé par le dispositif local Télémedecins* solution développée par les Dr H* et W* ;
- d'autres y voient plutôt un moyen de faire de la télé-expertise²⁷ entre médecins pour discuter des cas les plus compliqués et obtenir un avis spécialisé. Cette conception est principalement partagée par certains directeurs et médecins généralistes intervenant en

²⁷ Désignant le fait 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 » (décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010) (cf. annexe 1)

EHPAD : « *comme la présentation qui a été faite de OurGHT* était surtout centrée sur la téléconsultation je ne m'y suis pas vraiment intéressée. Je vois l'intérêt pour les EHPAD mais pas celui pour les médecins si on ne peut pas faire aussi de la télé-expertise* » (Dr M*, tel, 9 juin) ;

- d'autres se conforment bien à la définition initiale en se concentrant sur des TLC réalisées avec les médecins spécialistes du CHTL*. C'est le cas des médecins coordinateurs, des encadrants d'EHPAD et des praticiens hospitaliers du CHTL*. Ces derniers souhaiteraient néanmoins aller plus loin dans le développement de OurGHT* TLC et réclament la création de filières médicales de TLC structurées et adaptées aux besoins spécifiques du public âgé ;
- enfin, pour certains (comme pour le DVR ou le CD), OurGHT* TLC aurait vocation à dépasser le seul secteur des EHPAD pour aller toucher l'ensemble du bassin de population du Lac*. L'idée serait en effet d'ouvrir la solution au « *public access* » en installant par exemple une cabine de TLC dans les « gros » EHPAD, qui pourraient alors accueillir la population avoisinante²⁸.

Concernant à présent les difficultés relatives au portage (14 fois citées et 14 fois considérées en difficulté n°1), nous retrouvons principalement l'absence d'implication des différents acteurs concernés (médecins traitants, médecins coordonnateurs, encadrement et équipes soignantes) et de clarification dans les rôles attendus de chacun et leur articulation : « *cela marche mieux quand les personnes sont impliquées de part et d'autre, avec des rôles bien identifiés, en particulier lors de la conception de la démarche* » (Méd-co EHPAD 8*, tel, 19 juin). En effet, il semblerait que les personnes interrogées aient du mal à identifier les porteurs de ce projet : 7 citent le Dr VM* comme unique référent ou porteur, 4 considèrent qu'il s'agit d'un projet copiloté par le Dr VM* avec la Direction des systèmes d'information (DSI), en lien avec la Direction générale (DG), associé à l'ARS, et 2 considèrent qu'il relève uniquement du périmètre de la DSI (sans portage médical associé). Le Dr VM* apparaît donc comme étant le porteur le plus associé au projet. En revanche, il est à 3 reprises présenté comme un acteur solitaire, faisant le tour des EHPAD et des Hôpitaux du département « *avec son bâton de pèlerin* » ((Directeur des EHPAD 4-5*, tel, 5 juin) ; (cadre de santé de l'EHPAD 1*, tel, 15 juin) ; (CD, tel, 15 juillet)). Cela semble donc plaider en faveur d'une absence de coordination et d'implication de la communauté médicale, ainsi que d'acteurs relais au niveau local pour porter le message et accompagner le déploiement de la solution.

²⁸ Un projet pensé à long terme mais qui ne semble pas moins compromis par la situation de crise sanitaire actuelle qui oblige souvent les EHPAD à se refermer sur eux-mêmes par mesures de prévention et/ou de protection des résidents

A cela s'ajoute plus marginalement des difficultés liées à l'accompagnement et à la communication qui découlent des manquements précités dans le cadrage et le portage (et réciproquement). Puisqu'une fois l'équipement acheté et installé, une « *pression au gain* » (Dr M*, tel, 9 juin) s'est rapidement exercée sur les EHPAD pour qu'ils touchent la subvention additionnelle de 7 000 €. Ces derniers critiquent donc la situation d'urgence dans laquelle ils se sont trouvés, sans pour autant avoir les moyens de faire, ni le temps nécessaire. Plusieurs témoignages vont dans ce sens : « *Ils [les tutelles] ont voulu aller vite et sortir en urgence d'une solution mais le projet n'était pas assez mûr, ni vraiment ficelé au niveau technique* » (Dr* M*, tel, 9 juin). Comme si au fond, sortir la solution ne poserait aucun problème, sur un principe proche de celui affirmant que l'offre génère automatiquement sa propre demande. Or comme le rappellent certains : « *[...] il ne suffit pas de poser l'outil pour créer le besoin* » (Directeur de l'EHPAD 1-2-3*, ville de S*, 10 juin). Pourtant, cette attitude, souvent qualifiée de « *techno push* », se retrouve dans bon nombre d'initiatives et plans en TLM (Pols, 2012 ; Gaglio, 2018). Pour qu'une solution s'établisse dans le temps, il ne faut pas négliger la réussite de l'épreuve de « *l'intendance de l'usage* », en particulier dans le cas des EHPAD souvent peu dotés financièrement et humainement : « *On postule a priori que la technologie répond à un besoin réel, sans envisager ni les usages concrets potentiels ni les difficultés pratiques qui pourraient survenir en situation. L'ensemble est laissé à la discrétion des professionnels de santé, qui généralement n'ont pas été consultés ou même parfois découvrent un dispositif technique à son arrivée* » (Gaglio, 2018). Les adaptations techniques et organisationnelles doivent en effet être pensées de concert car elles s'influencent mutuellement : « *innovation et organisation doivent être pensées ensemble et appréhendées de manière dynamique car elles se transforment l'une et l'autre au cours du processus* » (Morel, 2018). La solution a donc été déployée dans les EHPAD sans véritablement avoir été travaillée en amont avec eux, ni avoir fait l'objet d'un suivi par la suite. La stratégie de formation adoptée est un des exemples marquants de cette absence d'accompagnement et de suivi (y compris en termes de communication), puisqu'elle s'est essentiellement reposée sur des formations délivrées aux IDE présentes sur chaque site, « *charge ensuite à elles de former leurs collègues n'ayant pas participées à la formation* » (cadre de santé en EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin) ; « *il y a donc eu un coût de coordination associé pour les IDE* » (Méd-co EHPAD 8*, tel, 19 juin).

D'un point de vue macro, l'analyse des difficultés relatives à l'accompagnement et à la communication corroborent ces propos puisqu'il en ressort quatre critiques principales : des formations et communications ponctuelles, éparses, voire inexistantes (avec respectivement 6 et 5 occurrences) et une absence de formalisation dans les outils d'accompagnement et de communication (avec respectivement 5 et 3 occurrences).

Point de focus sur la communication aux résidents :

Au cours de cette enquête, nous avons demandé à chaque personne interrogée de nous faire part de l'accueil qui a été réservé à la solution par les résidents afin de déterminer à la fois leur niveau d'implication et d'information. A l'unanimité, les résidents n'ont pas été actifs dans la démarche. Parfois, l'exclusion des résidents d'EHPAD est de fait parfaitement assumée : « *je ne suis pas sûre qu'ils aient un véritable rôle possible* » (Directrice d'EHPAD, ville de S*, 15 mai) ; « *c'est une population qui ne se prête peut-être pas à l'exercice* » (cadre de l'EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin), en raison notamment de leur niveau de dépendance ou tout simplement par l'habitude souvent prise de penser à leur place (Moulias, 2008 ; Loffeier, 2015). Pour beaucoup, la communication s'est limitée aux documents administratifs et aux instances comme le conseil de la vie sociale. Même si parfois certains sont allés plus loin en proposant une brochure explicative comme l'EHPAD de Vandart*. D'autant que lorsque la communication est bien faite, les résidents sont plutôt enclins à tester la solution (cas de Mme P* et M D* interrogés) car « *cela correspond au confort demandé par les résidents* » (Méd-co de l'EHPAD 8*, tel, 19 juin). Enfin, dans d'autres cas, les acteurs reconnaissent que « [les résidents] n'étaient pas forcément au courant » (IDE de l'EHPAD 3*, ville de P*, 26 juin).

Pourtant, au-delà d'être recommandés, l'information et le recueil du consentement constituent une obligation préalable à toute téléconsultation (article R. 6316-2 du Code de la santé publique) – comme rappelé ici : « *une communication a été faite auprès des résidents puisqu'il s'agit d'un soin comme un autre, ils sont donc libres d'accepter ou non* » (Méd-co de l'EHPAD 8*, tel, 19 juin) : « *il est nécessaire de recueillir et de tracer le consentement à l'usage de la donnée de santé, au moins une fois avec possibilité de se rétracter à tout moment [...]* » (Dr H*, tel, 9 juin).

Cette recherche du consentement est d'autant plus délicate qu'elle est aussi intimement liée à la question du libre choix de son praticien (principe fondamental de la médecine) : « *ce qui me dérange avec OurGHT* TLC, c'est la question du choix du médecin. Car nous savons bien que quand ça fait longtemps que le résident est entré, il ne voit plus ses médecins habituels* » (Méd-co EHPAD 8*, tel, 19 juin).

Des difficultés techniques persistantes

En second lieu, concernant la « grande catégorie » des difficultés liées à l'outil, deux « catégories » ressortent principalement : les difficultés techniques (38 occurrences) et les difficultés logistiques (17) (cf. figure 3). Au sein de ces catégories, les difficultés techniques sont plus citées que celles liées à au projet médical (38 occurrences contre 30) et sont d'ailleurs plus souvent citées en difficulté n°1 (17 fois contre 15) ou en n°2 (11 fois contre 6). Ces difficultés techniques sont aussi davantage évoquées si l'interlocuteur est un médecin plutôt qu'un directeur, avec respectivement 19 et 8 occurrences (sur les 11 médecins et 8 directeurs interrogés).

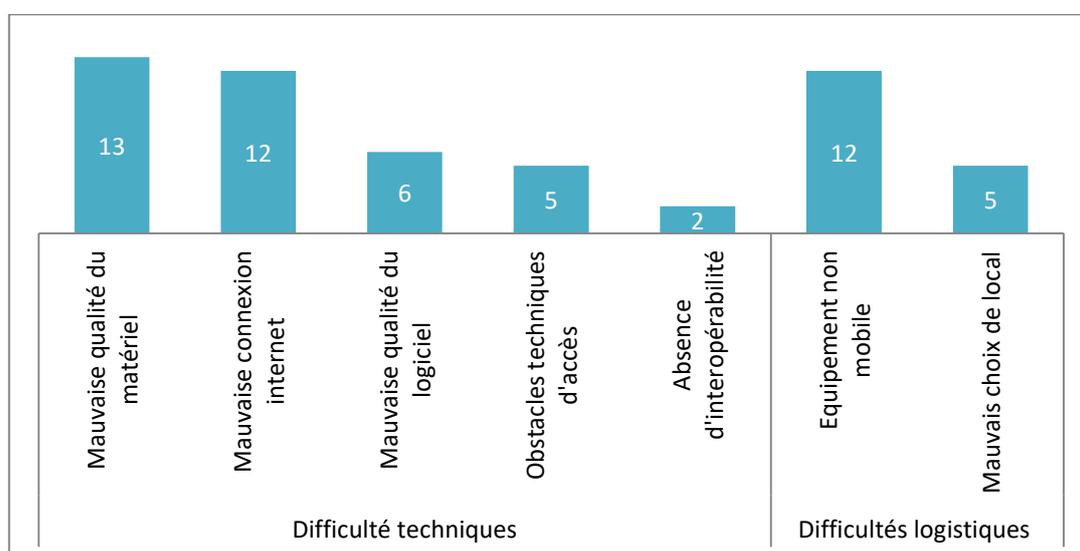


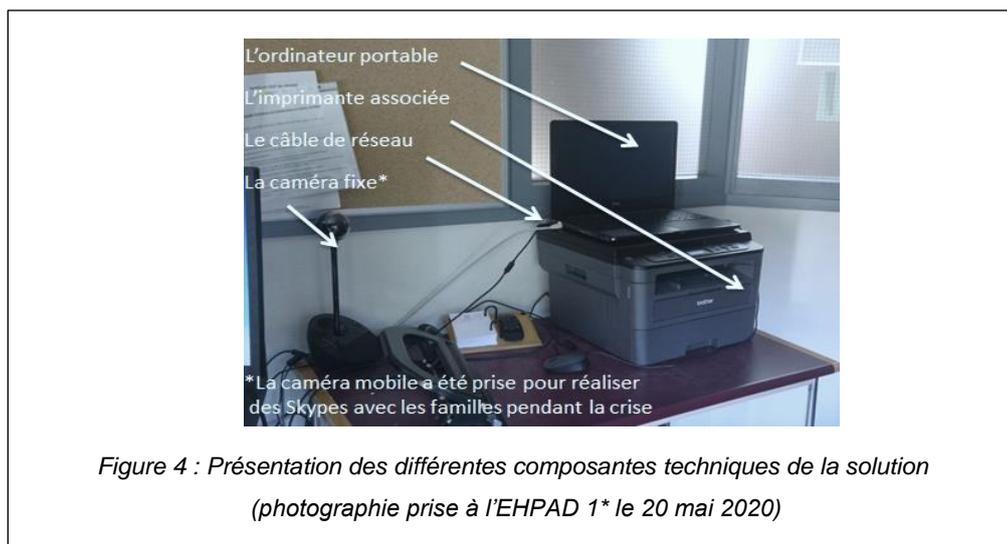
Figure 3 : Graphique récapitulant les difficultés liées à l'outil

Au sein de la « catégorie » des difficultés techniques, les principaux obstacles cités sont : la mauvaise qualité du matériel (13 occurrences) et la défaillance de la connexion internet (12). Dans une moindre mesure, la mauvaise qualité du logiciel (6), l'impossibilité de se connecter (5) et l'absence d'interopérabilité avec le dossier médical patient (DMP) ou les logiciels de soins (2) sont évoqués. Ces multiples contraintes ont une conséquence essentielle de faire perdre du temps aux acteurs et donc, avec le temps, de les décourager :

« Une fois bien rodés, nous avons chronométré : il faut au minimum une vingtaine de minutes pour réaliser une téléconsultation en comptant le temps de préparation, le temps de la consultation et le temps de reporting. C'est donc particulièrement chronophage » (Directeur EHPAD 4-5*, tel, 5 juin).

Pourtant, l'idée que OurGHT* TLC puisse faire gagner du temps serait erronée à en croire la littérature existante en gestion des systèmes d'information. Car, plutôt que de supprimer les temps de déplacements, les technologies numériques les transforment, voire les augmentent (à l'exception près de la crise Covid-19 rendant impossible certains déplacements) : « *le temps de déplacement [du praticien] devient le temps de déplacement et d'ajustement des appareils* » (Daudelin et al., 2008). Pour autant, si la solution ne peut pas offrir de réel gain de temps sur la base d'expérimentations existantes, elle ne doit pas non plus en faire perdre trop lors de la prise en charge, au risque de décourager les deux parties prenantes. Il faut tâcher de limiter ce que Gérald Gaglio appelle les « *problèmes d'intendance* » des processus d'innovation qui peuvent faire que la résistance au changement ne vienne – non communément des individus - mais des technologies elles-mêmes (Morel, 2018). Il est ainsi arrivé que certains IDE, très déterminés, souhaitant dépasser ces résistances technologiques aient le réflexe de donner en amont de la TLC leur coordonnées téléphoniques au spécialiste : « *nous échangeons donc toujours les numéros de téléphones entre l'IDE et le médecin pour se tenir au courant en cas de difficultés de connexion* » (CSS d'EHPAD de Vandart*, tel, 25 juin). Ainsi, comme bon nombre d'autres dispositifs, OurGHT TLC* possède un coût d'entrée très – voire trop - important pour fonctionner, ce qui décourage parfois son usage (Nicolini, 2006) au regard du gain de temps potentiel.

Concernant l'origine de ces défaillances techniques, deux raisons principales sont fréquemment évoquées par les différentes personnes interrogées : un défaut de couverture réseau au niveau des EHPAD du département : « *dans certains réseaux de campagne la connexion n'est pas très bonne* » (gériatre du CHTL*, tel, 17 juin) ; et/ou une absence de priorisation des flux expliquant une saturation rapide de la bande passante dans les EHPAD : « *avoir accès c'est déjà bien, mais avoir le débit nécessaire encore autre chose* » (CSS d'EHPAD de Vandart*, tel, 25 juin). La seconde raison semble la plus pertinente car à en croire les indicateurs de qualité technique, il semblerait que les problèmes de connexion viennent principalement du côté requérant (EHPAD) (à 90%). Pour tenter d'y remédier, le CHTL aurait revu de son côté la priorisation des flux de la solution, ce qui n'est cependant pas suffisant en l'absence d'investissements de la part des requérants : « *ce que nous avons pu faire c'est sanctuariser de la bande passante pour les TLC. Mais ce n'est pas ce point-là qui posait le plus de difficultés, c'est plutôt qu'il y a très peu d'investissements qui sont fait dans les EHPAD pour prioriser les flux ou acheter des équipements* » (DSI, tel, 21 juin). La première raison se trouve également invalidée eu égard à la cartographie des zones blanches réalisée par le Dr VM*, en lien avec le CD. Il s'est avéré en effet que très peu d'EHPAD du département se trouvaient dans ces zones. Le problème de réseau serait donc un faux problème pouvant être facilement résolu par les EHPAD en investissant dans des box internet ou clef 4G (cela a d'ailleurs été le cas de M D* qui a fini par acheter sa propre clef 3G).



Au sein de la « catégorie » des difficultés logistiques, deux difficultés principales sont pointées : l'immobilisme du matériel devant souvent, faute de wifi, être relié à un câble réseau (12) et le caractère inadapté du local (5), questionnant même l'adéquation du projet avec ses objectifs :

« Le système proposé me semblait préhistorique car il fallait encore pousser le résident de son lit à une salle pour faire de la téléconsultation alors que cela pourrait sûrement être envisagé en chambre. L'intérêt c'est justement d'éviter le transport et la manipulation de personnes fragiles, voire grabataires » (Dr H, tel, 9 juin).*

Des contraintes RH fortes

En troisième lieu, concernant les difficultés liées à l'environnement du projet, trois « sous-catégories » de difficultés se distinguent : les difficultés liées au manque de ressources médicales et/ou paramédicales (30 occurrences), les difficultés liées à la rigidité du cadre réglementaire et à sa constante évolution (7) et celles liées à l'insuffisance de financement et aux frais résiduels pour les EHPAD (6)²⁹ (cf. figure 5). A noter également que le manque de personnel médical (PM) et/ou non médical (PNM) est la seconde catégorie la plus souvent citée en difficulté n°2 (6 fois), ex aequo avec les difficultés liées au portage et derrière les difficultés liées au projet médical, - et en n°3 (11 fois), après les difficultés liées à l'usage.

Concernant les blocages récurrents liés au PM, les causes les plus énoncées sont : l'absence ou le manque de disponibilité de certains spécialistes (10 occurrences), l'absence ou le manque de temps du médecin coordinateur (5) et l'insuffisance de médecins traitants – notamment pour prescrire de la TLC (2). En effet, l'ambition du projet OurGHT* se heurte à la réalité qui veut que

²⁹ Les EHPAD n'ayant pas atteint l'objectif fixé à 3 ou 5 téléconsultations n'ont donc pas pu toucher la subvention additionnelle supposée leur permettre de couvrir les frais de maintenance et hotline (soit 175 € / mois et / établissement)

le département du Lac* soit marqué par une forte tension au niveau du recrutement des médecins spécialistes – toutes spécialités confondues : « [...] en face, il fallait trouver les gériatres qui font des téléconsultations, comme des dermatologues ou encore des diabétologues ; or il y a une pénurie sur le territoire de médecins spécialistes et même de médecins généralistes et coordonnateurs » (gériatre du CHTL*, tel, 17 juin). A cet « effet pénurie » vient également s'ajouter un « effet sélection » puisque quand le spécialiste téléconsulte, il ne fait pas autre chose (comme des explorations ou du suivi de ses patients chroniques) : « faire de la téléconsultation pour les uns se fait au détriment d'autres, d'autant que certains spécialistes ont déjà beaucoup de patients et des journées bien chargées » (gériatre du CHTL*, tel, 17 juin). Plusieurs des personnes interrogées mettent ainsi en garde contre la tentation de céder au « solutionnisme technologique » (Morozov, 2014 ; Gaglio & Mathieu-Fritz, 2018) « c'est-à-dire la croyance selon laquelle les technologies pourront résoudre les problèmes économiques et sociaux, comme pour ce qui concerne la télémédecine la carence en médecins dans certains territoires ou le vieillissement de la population » (Gaglio et al., 2018). C'est également ce que rappelle le DG du CHTL* en affirmant que : « la télémédecine ne remplacera jamais tout » (DG, ville de L*, 11 juin).

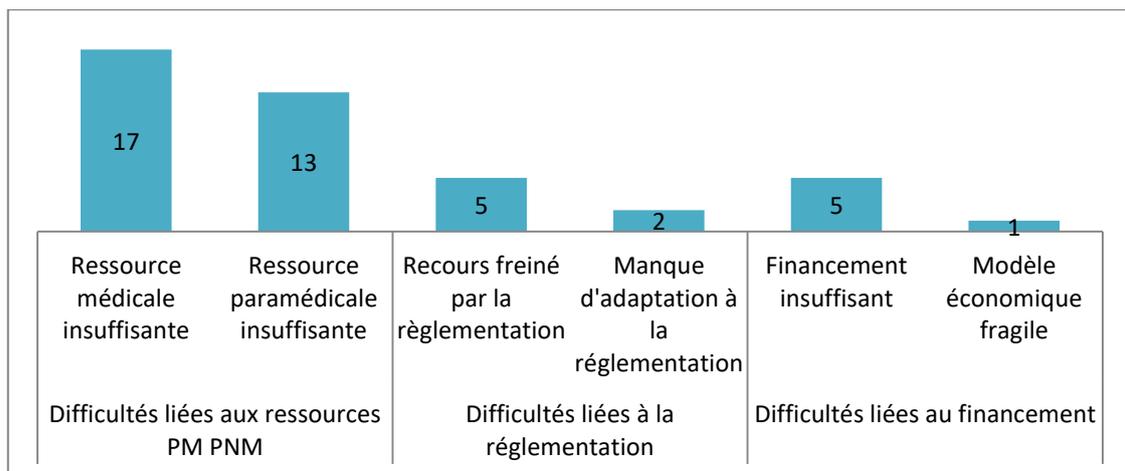


Figure 5 : Graphique récapitulant les difficultés liées à l'environnement du projet

Concernant l'insuffisance de ressources PNM, nous retrouvons classiquement : le manque de disponibilité des IDE notamment en raison de l'absence de temps dédié (8 occurrences) en lien également avec leur taux de roulement³⁰ élevé (3) et plus globalement le manque d'effectif IDE dans les EHPAD (2). OurGHT* TLC rencontre en effet à ce niveau beaucoup de difficultés pour fonctionner vu qu'il doit s'appuyer sur les deux professions de santé les plus en tension dans la région (les spécialistes et les IDE). De plus, faute de temps dédié à y consacrer, les IDE sont

³⁰ Egalement appelé « turn-over » ou « renouvellement du personnel » est un indicateur décrivant le rythme de renouvellement des effectifs dans une organisation (Wikipédia, consulté le 3 septembre 2020)

souvent mobilisés ailleurs dans les services et ne peuvent donc pas facilement se libérer pour faire de la TLC sur des créneaux – d’autant plus si ils sont changeant :

« Toute modification à courte échéance du créneau de RDV en fonction de la disponibilité du médecin demandait du coup à l’IDE de déplanifier toute l’organisation autour - ce qui est d’autant plus dur à imaginer dans les EHPAD autonomes où les IDE sont mutualisées entre plusieurs unités » (CSS des EHPAD 1-2-3*, tel, 15 juin).

Des acteurs réservés

Concernant les difficultés liées aux acteurs eux-mêmes, deux « sous-catégories » apparaissent : les difficultés liées à l’usage (21 occurrences) et des « difficultés motivationnelles » (15) (cf. figure 6). Les difficultés d’usage constituent la « catégorie » la plus citée en difficultés n°3 (12 occurrences) juste devant les difficultés liées au RH PM et PNM. Selon les acteurs, deux causes principales expliquent les difficultés liées à l’usage : les pratiques ancrées comme le refus de changement et l’appréhension face aux outils numériques (14 occurrences) et l’existence de pratiques concurrentes avec le déplacement des médecins et/ou le recours direct aux consultations spécialisées sur site pour les EHPAD hospitaliers (6)³¹ : « comme il y a un accès facilité à toutes les consultations spécialisées avec des échanges en direct avec des médecins spécialistes de l’hôpital, cela n’a pas permis de déployer la TLC » (CSS des EHPAD 1-2-3*, tel, 15 juin).

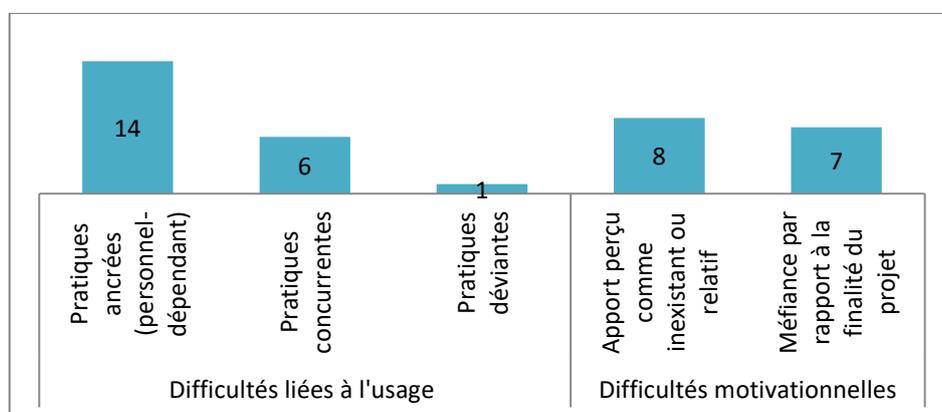


Figure 6 : Graphique récapitulant les difficultés liées aux acteurs

Concernant cette fois les « difficultés motivationnelles », deux types d’arguments se retrouvent chez les acteurs. D’abord, certains jugent le bénéfice de la TLC inexistant ou insuffisant (8 occurrences), du fait par exemple de la perte du toucher ou l’absence d’appareils connectés

³¹ Les acteurs considèrent d’ailleurs plutôt ces consultations spécialisées sur site comme une chance qu’une problématique.

essentiels à la pratique de certaines spécialités. D'autres – nous l'avons vu³² - font part d'une certaine réserve sur le sujet, au nom d'une lutte contre le « *solutionnisme numérique* » ou d'un refus de « *glissement de tâches médicales* »(7). OurGHT* TLC – comme toute nouvelle solution – doit donc gagner en légitimité en rassurant ses acteurs et en respectant certaines limites :

« La télémédecine touche aux usages puisqu'au-delà de l'emploi du matériel, il y a ce qu'on veut faire avec. Or l'évolution des pratiques ne se décrète pas, elle demande toujours du temps en EHPAD comme en ville. Il faut comprendre d'où viennent les réticences avec du côté des EHPAD des IDE et des médecins coordonnateurs qui ne voient pas toujours l'intérêt et, du côté des médecins traitants, tous n'ont pas encore compris qu'il ne s'agissait pas d'un acte mais d'une solution bien plus globale de parcours en e-santé » (CD, tel, 15 juillet).

OurGHT TLC* peine donc à être intégré dans les organisations puisqu'elle exige d'importants changements en termes de routines professionnelles et rapports interprofessionnels (Mort et al., 2003 ; Daudelin et al., 2008), difficilement réalisables à très court terme³³.

Point de focus sur les autres usages de la solution :

Dans l'usage de l'outil par les acteurs, nous observons plusieurs « *pratiques déviantes* » au sens où elles ne mobilisent pas la solution dans ses finalités prévues. En effet, dans certains EHPAD encore peu informatisés, l'ordinateur portable de TLC est parfois utilisé comme un simple PC – comme souligné par le Dr VM* : « *les ordinateurs fournis ont été programmés pour réaliser des TLC - ils ont été pensés plutôt comme des postes de télévision que des PC - mais parfois leur usage a été détourné. Cela cause aujourd'hui des problèmes puisqu'il faut faire des mises à jour quand on veut réutiliser OurGHT* TLC* » (Dr VM*, ville de L*, 3 mars). Loin d'être nécessairement consciente, cette pratique déviante s'explique parfois par le fait que l'outil se trouve installé dans le bureau de soins et que les IDE, non nécessairement averties, le confondent alors avec le reste du parc informatique : « *certaines IDE ne savent pas à quoi sert le matériel* » (cadre de santé en EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin). En outre, depuis le confinement instauré mi-mars pour lutter contre la pandémie de la Covid-19, certains EHPAD peu utilisateurs, ont enlevé la camera mobile du dispositif pour réaliser des visio-conférences avec les familles. Cela dit, ce nouvel usage du matériel pourrait même à terme favoriser la pratique de la TLC - comme expliqué ici : « *la téléconsultation n'est pas quelque chose d'habituel et de spontané pour eux [les résidents] mais il y a peut-être plus de chance qu'ils s'habituent grâce à l'usage d'outils de la visioconférence avec leurs familles* » (cadre EHPAD 1*, ville de S*, 20

³² Voir sur l'explication à la page précédente pour le « *solutionnisme numérique* » (Morozov, 2014) et aux pages 11 et 12 pour le « *glissement de tâches* » (Nicolini, 2006 ; Mathieu-Fritz, 2013)

³³ Exception faite de la crise de la Covid-19 (voir pour le détail dans la partie II.A.2)

juin). Qu'il s'agisse de l'utilisation de l'ordinateur comme un simple PC ou de la réquisition des caméras pour la réalisation de visioconférence, il s'agit de conséquences inattendues du dispositif pouvant s'avérer positives ou négatives pour l'avenir. C'est ce que Gérald Gaglio appelle des « *potentialité collatérales* » (Gaglio, 2018). Cette notion – proche ici du « *détournement d'usage* » (autrement appelée « *déviance créative* »)³⁴ (Perriault, 2008 ; Akrich, 2006), se distingue en ce qu'elle est plus ouverte (au sens où le dispositif technique peut être relégué au second plan et qu'elle ne conduit pas nécessairement à la réussite du dispositif).

La solution OurGHT TLC* a été lancée sur la base d'un modèle jugé « gagnant-gagnant » pour les EHPAD et le CHTL*. C'était une bonne idée qui a pourtant été vite rattrapée par la réalité et les difficultés, principalement liées à l'analyse du besoin et à l'outil technique proposé. Pourtant, si la solution semble avoir globalement échoué à s'imposer de manière pérenne, elle n'est pas pour l'heure abandonnée. D'autant que plusieurs pistes d'amélioration et de réussite nourrissent le débat sur son avenir.

II. OurGHT* téléconsultation : un projet à abandonner ou à repenser, eu égard à ses potentialités ?

Malgré toutes les difficultés précitées, OurGHT* TLC n'a pas été abandonné. Certes, le projet est à de nombreux endroits oublié, mais il n'en demeure pas moins porté et subventionné. Car loin du tableau d'« échec » global que nous venons de dresser, l'usage du dispositif par les acteurs - et le concours de la crise de la Covid en particulier - ont contribué à faire perdurer OurGHT* TLC.

A. Fort de sa réussite à Vandart* et du contexte Covid, OurGHT* téléconsultation ne s'avoue pas vaincu

Pour mieux comprendre l'échec, nous allons à présent nous intéresser à la réussite, et en particulier celle de l'EHPAD de Vandart*, cité par de nombreux interlocuteurs comme le symbole de succès de OurGHT* TLC. En effet, Vandart* suscite bon nombres de questions ou explications quant-au secret de sa réussite. Il interroge également en creux l'opportunité de la poursuite ou non du déploiement de la solution dans le département (1). Ces interrogations - voire inquiétudes – sur l'avenir de OurGHT* TLC sont d'autant plus légitimes et compréhensibles que OurGHT* TLC va bientôt fêter sa seconde année et que la crise offre l'opportunité rêvée de redynamiser le projet (2).

³⁴ Cette notion centrale en sociologie des usages des technologies de l'information et des communications est utilisée quand les utilisateurs ne s'en tiennent pas complètement au mode d'emploi initial et qu'ils inventent ou exhument certains usages qui n'étaient pas prévus initialement par le dispositif (Perriault, 2008 ; Akrich, 2006).

1. Les facteurs de réussite de la solution à Vandart*

Avec 92 TLC réalisées en 2019, l'EHPAD de Vandart* est sans conteste le meilleur utilisateur de la solution OurGHT* TLC. Dans son rapport d'activité de 2019 (cf. annexe 2), Vandart* rapporte avoir réalisé environ 32% des rendez-vous médicaux en TLC, dont 51 concernaient de la médecine générale (55%) et 41 de la médecine de spécialité (45%). Les trois spécialités médicales les plus mobilisées étaient, en 2019, la diabétologie, la chirurgie (plaies et cicatrisations) et la gériatrie. Ces bons résultats contrastent fortement avec ceux présentés par les autres EHPAD utilisateurs (cf. annexe 2). La réussite de la solution de l'EHPAD de Vandart* nous invite donc à nuancer le constat d'« échec » dressé précédemment. En outre, ce cas nous interroge aussi sur les facteurs clefs de succès pouvant expliquer cette réussite singulière, et plus largement nourrit l'espoir de pouvoir faire fonctionner la solution ailleurs : « *nous pourrions continuer avec OurGHT* TLC puisqu'à Vandart* cela fonctionne bien* » (CPAM, tel, 15 juillet). Les facteurs de réussite de la solution ici sont au nombre de trois :

- une situation d'urgence médicale face à la disparition progressive des médecins ;
- un engouement collectif des équipes pour trouver une solution du côté de la TLC ;
- une position de demandeur et premier testeur permettant de capitaliser de l'expérience.

Une question de survie

L'essentiel de la réussite de Vandart* tient surtout au contexte d'urgence de sa situation en 2018, marquée en par le départ simultané de 2 de ses 3 médecins traitants : « *à l'époque, sur les 72 résidents, 60 n'avaient plus de médecin traitant - avec une accentuation de la problématique en cas d'absence du médecin coordonnateur* » (Dr H*, tel, 9 juin). Cette situation particulière a été propice au développement de la TLC puisque OurGHT TLC* pallie l'absence de suivi médical et répond donc à une nécessité impérieuse de fonctionnement pour l'établissement. Il s'agit d'autant plus d'une condition *sine qua non* à la survie des résidents et de l'établissement vu que ce dernier se situe à bonne distance de son hôpital de référence (36 km) : « *comme nous avons un gros manque de médecins traitants et que nous étions éloignés du CHTL*, il nous a fallu trouver rapidement une solution* » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin). La situation était telle que la solution ne pouvait être que désirée et bien accueillie par l'EHPAD. Ainsi, plutôt qu'une attitude « techno-push », la TLC à l'EHPAD de Vandart* a apporté la réponse attendue à un besoin réel exprimé (cf. annexe 5).

Cette histoire singulière met donc en évidence deux facteurs pouvant influencer le niveau de recours à la TLC : l'insuffisance voire l'absence de ressources médicales et l'éloignement géographique de l'EHPAD par rapport à son hôpital. Cette corrélation semble partagée par les EHPAD fin 2019 puisque : « *selon les retours du club utilisateurs, pour certains EHPAD la*

téléconsultation fonctionnait bien car ils étaient isolés, sans accès facilité aux médecins » (cadre de santé en EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin). Or, il se trouve que ces deux variables concernent majoritairement les EHPAD autonomes du département - qu'ils soient publics ou privés. A contrario, les EHPAD rattachés à un centre hospitalier sont moins concernés par ces problématiques (d'éloignement et de ressources médicales) puisqu'ils ont la « chance »³⁵ de bénéficier de consultations spécialisées sur site et/ou de renfort en praticiens hospitaliers en cas de besoin. Ces derniers éléments semblent, en effet, à l'inverse freiner le développement de la TLC. Ainsi, pour le co-fondateur de TéléMédecins* solution (Dr H*), le facteur le plus discriminant pour les EHPAD serait l'accès à la ressource médicale. Qu'importe que l'EHPAD soit public ou privé, si il ne possède pas un accès facilité à des médecins, il a tout intérêt à proposer de la TLC – ce qu'il affirme ici : *« L'utilisation de la téléconsultation ou non n'est pas liée au statut public ou privé mais plutôt à la difficulté d'accès aux médecins »* (Dr H*, tel, 9 juin). Ce constat est également partagé par 6 personnes interrogées - comme par exemple ici : *« ce qui est pareil entre un EHPAD public autonome ou un EHPAD privé, c'est le manque d'appui médical »* (cadre de santé en EHPAD 1*, ville de S*, 20 juin). L'absence d'impact du statut public/privé sur le recours à la TLC est également confortée par le croisement des données réalisée entre nombre de TLC réalisées en 2019 par EHPAD et le statut juridique³⁶ (cf. figure 7).

Étiquettes de lignes	Nombre de EHPAD
Public	16
Aucune	5
Entre 1 et 5	7
Entre 5 et 10	1
Plus de 10	3
Privé	12
Aucune	2
Entre 1 et 5	6
Entre 5 et 10	1
Plus de 10	3
Total général	28

Figure 7 : Tableau croisé dynamique du nombre de TLC en fonction du statut (données récupérées sur 28 des 36 EHPAD équipés en 2019)

³⁵ Pour reprendre le vocabulaire utilisé par les acteurs (cadre supérieure de santé de l'EHPAD hospitalier 7*, tel, 25 juin)

³⁶ Cependant, au regard du faible panel d'EHPAD analysés, il semble difficile de confirmer d'un point de vue qualitatif. D'autres analyses plus approfondies et modélisations devront être réalisées afin de vérifier ces éléments.

Une question d'adhésion

Déoulant du constat précédent, la réussite de Vandart* s'explique également par des équipes très impliquées et demandeuses : « *Tout le monde était convaincu : l'encadrement, la direction, le médecin coordonnateur, les infirmières [...] les IDE étaient dans la demande car sinon elles n'avaient pas de réponse à leur question. Elles y ont donc très rapidement vu un intérêt* » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin)³⁷. L'adhésion s'est même renforcée au fur et à mesure du temps quand les premiers effets bénéfiques se sont fait sentir. Parmi les effets positifs de la TLC, deux sont principalement cités : l'émergence de nouvelles formes de coopération et la délégation de tâches – que nous retrouvons dans le discours suivant :

« *Les deux avantages principaux sont la création d'une relation partenariale de travail mutuel entre les deux parties avec une meilleure connaissance des résidents pour les spécialistes au bout et une montée en compétences des IDE de l'EHPAD qui s'adaptent aux demandes et aux questions posées par les médecins avec une certaine routinisation du travail* » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin).

Ces éléments ne sont pas sans rappeler les deux concepts développés par Alexandre Mathieu-Fritz et Laurence Esterle : « *la mutualisation instantanée des savoirs et des savoirs faire* » (c'est-à-dire une prise en charge plus « intégrée » du patient) et « *la transmission de savoirs et de savoir-faire médicaux et de soins* » (autrement dit, une prise en charge plus « partagée ») entre professionnels de santé (Mathieu-Fritz & Esterle, 2013).

Une question d'expérience

En outre, Vandart* a capitalisé sur sa position de premier EHPAD testeur de la solution : « *L'avantage principal pour nous de OurGHT* par rapport à une autre solution de TLM c'est le fait que cette solution a été créée et chapotée en lien avec nous [...] C'est le premier dispositif de TLM que nous avons connu, il est donc rentré dans nos habitudes de travail* » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin). Cette situation singulière semble, en effet, avoir été bénéfique sur plusieurs aspects : pouvoir influencer la conception de l'outil en fonction de ses propres besoins - et bénéficier du temps et de l'accompagnement nécessaire à son intégration dans les usages (cf. annexe 5).

Contrairement à ailleurs, OurGHT* TLC réussit ici à dépasser le stade de la nouveauté pour se transformer en usage ancré. Une mutation qui s'observe notamment dans le processus de disparition progressive de la figure de référente au sein de l'EHPAD : « *son rôle était prégnant au début du projet pour former ses pairs et informer, mais maintenant que la téléconsultation*

³⁷ Voir les annexes 6 et 7 pour les notes d'entretiens avec une représentante de l'EHPAD de Vandart* (premier testeur)

est ancrée dans les pratiques, il n'y a plus besoin d'un référent » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin). L'usage de la TLC devient tellement courant qu'il parvient même à supplanter les autres voies traditionnelles de prise de rendez-vous : *« La différence c'est qu'à Vandart* ils l'utilisent beaucoup, c'est devenu quasiment un réflexe de demander directement une téléconsultation plutôt que d'appeler le secrétariat médical de l'hôpital »* (IDE de l'EHPAD 1*, ville de P*, 26 juin).

Toutes ces circonstances (nécessité médicale, équipes impliquées, premier à avoir testé) ayant favorisé le déploiement de OurGHT* TLC se trouvent ainsi résumé :

« Si cela a fonctionné à Vandart c'est d'abord parce que cet EHPAD était dans un extrême besoin de ressource médicale. Il y a également une part imputable à la personnalité même de l'équipe soignante qui s'est fortement investie dans le projet au service des résidents. Enfin, c'est aussi lié à la technique dans le sens où plus il y a d'expérience client de l'outil avec de nombreux tests, plus cela simplifie la vie et séduit [...] »* (CPAM, tel, 15 juillet).

Pourtant, plusieurs éléments appellent à la prudence autour de l'analyse de cette singulière réussite. En effet, cet EHPAD appartient à un groupe privé qui est sur le point de déployer sa propre solution de TLM au sein de ses EHPAD. OurGHT* TLC pourrait donc bien à terme être concurrencé voire dépassé par ce nouveau dispositif - même si Vandart* reste pour l'heure encore ambigu sur le sujet : *« nous n'avons pas l'intention aujourd'hui d'arrêter OurGHT* TLC. Nous prenons ce que fait OurGHT* TLC et nous le combinons avec ce que propose le groupe pour maximiser notre nombre d'interlocuteurs médicaux au bout du fil »* (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin). D'autre part, la réussite de Vandart* pourrait bien n'être qu'apparente eu égard à la définition et de la finalité que nous voulons donner à la solution OurGHT* TLC (cf. la typologie d'interprétation présentée en page 19). En effet, à Vandart*, la TLC semble principalement utilisé pour pallier l'insuffisance de médecins traitants et plus marginalement pour consulter des spécialistes du CHTL* (avec seulement 41 TLC spécialisées réalisées en 2019)³⁸. Néanmoins, si nous nous en tenons strictement au cadrage initial du projet, OurGHT TLC* devrait être utilisé principalement – voire uniquement – pour réaliser des consultations spécialisées. La réalisation de TLC de médecine générale plutôt que de médecine de spécialité s'apparente à un *« usage résidentiel »* de la solution au sens où : *« ces usages sont liés à un lieu, une résidence, en l'occurrence la maison de retraite. Ils ne sont pas pensés prioritairement à l'interface [...], mais pour les résidents des EHPAD, principalement »* (Gaglio, 2018). Pris sous ce nouvel angle, OurGHT* TLC à Vandart* constituerait donc plutôt une *« réussite parallèle »*.

³⁸ Voir page 15 ou en annexe 2 pour le détail des données chiffrées

Point de focus sur les « potentialités collatérales » :

Pour Gérard Gaglio, les « usages résidentiels » sont une forme de « potentialité collatérales » - entendues comme « un ensemble de pratiques (plus ou moins abouties et diffusées) et de détours » résultant de l'utilisation d'une TIC (Gaglio, 2018). Dans le cas précité des consultations généralistes, cette notion est assimilable à celle de « débordement »³⁹ (Callon, 1998 ; Gaglio, 2018) car elles n'ont eu lieu que grâce l'existence du projet originel. Ainsi, qu'il s'agisse du détournement d'usage du matériel ou de l' « usage résidentiel », OurGHT TLC* occasionne des formes de « potentialité collatérales ». L'étude de ces dernières vient enrichir notre analyse et éviter l'écueil de la dichotomie entre la réussite et l'échec.

Si l'étude du cas de l'EHPAD de Vandart* nous a permis de mieux comprendre les éléments liés à la réussite ou à l'échec, ces derniers se trouvent également chamboulés par la pandémie de la Covid-19. En effet, celle-ci a rapidement contraint les acteurs à opérer d'importants changements dans leurs routines professionnelles, dont le fait de recourir à la TLC.

2. Les pistes d'évolution récentes avec la crise de la Covid-19

La pandémie de la Covid-19 est venue à la fois motiver et renforcer le travail qui avait été mené jusque-là pour développer la téléconsultation au sein du département du Lac*. Plusieurs mesures ont donc hâtivement été prises afin de faciliter son déploiement, conformément aux recommandations nationales (cf. annexe 1). D'une part, le conseil départemental a pris à sa charge l'entièreté des frais résiduels de maintenance des EHPAD n'ayant pas atteint le seuil des 3 ou 5 TLC demandées. D'autre part, le CHTL* a travaillé sur la priorisation de ses flux afin de libérer de la bande passante et déployé une importante campagne de communication autour des créneaux libres de spécialistes. En outre, au niveau national, les mesures d'assouplissement réglementaire prises par les décrets du 9 et du 19 mars 2020 ont permis de faciliter le recours aux TLC. Ces mesures ont ainsi permis de contenir - voire réduire- le risque de contamination pour les patients comme les professionnels de santé, en évitant notamment certains déplacements et contacts inhérents aux consultations en présentiel. Plusieurs barrières réglementaires ont ainsi été levées pendant la crise - comme en témoigne la CPAM du Lac* :

« Avant, il y a avait l'obligation de respecter le parcours soins, vérifier que le patient soit déjà connu et que certains outils de téléconsultation étaient autorisés [...]. Les

³⁹ Inspiré du concept d'« externalités » en économie, les « débordements » (pouvant également être négatives ou positives) désignent la marge de manœuvre que les utilisateurs prennent par rapport au « cadrage » initial du dispositif (au sens goffmanien). Ces débordements sont inhérents à tout processus d'innovation et sources d'inventivité.

assouplissements proposés ont été bénéfiques pour toutes les professions de santé. Pour beaucoup, cela a probablement participé à changer les pratiques et prendre conscience de l'intérêt de faire de la TLC » (CPAM, tel, 15 juillet).

Au travers des propos rapportés par les acteurs, nous observons deux effets de cette crise : une augmentation rapide du nombre de TLC réalisée en 2020 (« effet accélérateur ») et une révision des usages privilégiant la TLC (« effet facilitateur »).

L'effet « accélérateur » de la crise Covid

Un des effets principaux de la crise a été d'augmenter spectaculairement le nombre de TLC réalisées - tant au niveau national que local - grâce une promotion et à une action rapide et coordonnées de toutes les autorités compétentes en la matière (ARS, CPAM, CD, etc.) :

« Compte-tenu de la crise Covid-19, nous avons souhaité suivre d'évolution du nombre de téléconsultations réalisées dans le Lac. Ce nombre est énorme puisqu'il y a eu près de 20 000 téléconsultations de réalisées entre le 1er janvier et le 1er juin 2020 alors que sur l'année 2019, il y en avait plutôt eu 2 000 »*(ARS, tel, 6 juillet).

La TLC a donc connu, avec la crise Covid, un effet d'accélération dans son utilisation avec une augmentation des usages, tant du côté des EHPAD que des spécialistes : « *La Covid-19 a boosté la TLC en proposant davantage de téléconsultations spécialistes »* (gériatre du CHTL*, tel, 17 juin); « *La Covid-19 a agi comme un effet accélérateur provoquant l'adhésion des EHPAD »* (ancien DSI, tel, 3 juin). Ainsi, pour les EHPAD déjà habitués à utiliser OurGHT* TLC, leur demande a vite décollé et l'offre proposée s'est aussi diversifié, comme en témoigne l'EHPAD de Vandart* :

« Avant la crise de la Covid, il n'y avait que 3 types de consultations de proposées. Depuis, cela s'est accéléré avec des téléconsultations proposées en neurologie et en cardiologie par exemple [...]. En moyenne, [pendant la phase aigüe de la crise] nous avons réalisé 4 à 5 téléconsultations par semaine, voire même 10. Autrement dit, tout rendez-vous pouvant être réalisé à distance a été fait en TLC » (CSS de l'EHPAD de Vandart*, tel, 25 juin).

L'effet « facilitateur » de la crise

Au-delà de l'effet précédent, la crise Covid a provoqué un véritable choc culturel pour des acteurs peu habitués à pratiquer de la TLC. En effet, faute de pouvoir aller voir leur patient, les praticiens libéraux comme hospitaliers ont été encouragés, et contraints par le contexte épidémique, à la mise en place de TLC : « *certains réfractaires ont vu l'intérêt de faire des téléconsultations quand ils ne pouvaient plus voir leur patient (notamment pour les pathologies chroniques et la rhumatologie ou la dermatologie) »* (gériatre, tel, 17 juin). Ces circonstances

particulières ont donc permis de lever, pour le moment temporairement, les réticences de certains acteurs – comme en témoigne le CD : *« certains Directeurs ou médecins coordonnateurs d'EHPAD ont une approche très radicale en considérant que télé-médecine ne sert à rien. Nous avons réussi parfois à infléchir les décisions prises. Globalement, aujourd'hui, ils sont pratiquement tous équipés »* (CD, tel, 15 juillet). Même dans les EHPAD hospitalier équipés mais peu demandeurs, le besoin de proposer de la TLC comme alternative se fait sentir – comme ici :

« La crise a mis en évidence la limite des consultations en présentiel puisque plus aucune ne pouvait se tenir. Si nous avons pu avoir des TLC cela aurait été appréciable puisque lorsque vous misez tout sur des consultations spécialisées sur site et que tout s'arrête alors vous n'avez plus rien. Nous avons donc pris conscience de la nécessité de développer un plan B » (CSS d'EHPAD 7*, tel, 15 juin).

Le contexte était donc très favorable à l'implantation du dispositif dans tout le département. Cet objectif est pratiquement atteint puisque 2 EHPAD supplémentaire furent équipés entre mars et mai 2020 – (soit 38 au total) et 4 autres l'ont été par la suite. OurGHT TLC* totalisait ainsi le record de 42 EHPAD équipés sur un potentiel de 46. Les EHPAD refusant la solution sont donc principalement des EHPAD privés commerciaux qui privilégient une solution proposée par leur groupe et/ou des EHPAD dans une situation de fusion attendant la meilleure solution pour leurs structures. En outre, la crise semble avoir offert de nouvelles opportunités de développement pour OurGHT* TLC qui pourrait bien se tourner prochainement vers le secteur du handicap : *« Le coup d'après c'était d'équiper les structures médicalisées du champ des personnes handicapées (maisons d'accueil spécialisées, foyers de vie du département). Il y a aujourd'hui quelques demandes qui vont en ce sens »* (CD, tel, 15 juillet).

Pourtant, il faut se garder de toutes conclusions hâtives, à en croire la force de résistance des usages : *« force est de constater qu'il nous a fallu ce contexte d'extrême tension pour montrer que cette modalité de médecine à distance était possible »* (CPAM, tel, 15 juillet). En effet, jusqu'alors toutes les tentatives d'évolutions de pratique avaient été lentes - voire périlleuses - et ce malgré *« un important travail pédagogique déjà amorcé par le Dr VMr* et un temps phénoménal passé pour aller à la rencontre des professionnels dans les EHPAD »* (CD, tel, 15 juillet). En forçant les acteurs à se montrer plus proactif et contraints, la crise a donc eu un effet facilitateur dans le déploiement de TLC : *« On n'est jamais aussi inventif qu'en période de crise car c'est pendant ces crises qu'on arrive à faire tomber les barrières – espérons que cela continue à cela »* (CD, tel, 15 juillet). Le fil rouge de la réussite de la TLC semble donc être étroitement lié à la situation de crise – ce qui peut s'expliquer ainsi :

« La question fondamentale à se poser dans ce cas c'est : qu'est-ce qui fait changer les habitudes ? Je répondrais par cette citation de Jean Monnet : « Les hommes n'acceptent le

changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise ». Donc ce n'est pas parce que la technique a évolué que la manière d'appréhender le changement a évolué dans le même temps. Si l'usage de la télémedecine a évolué avec le Covid-19 c'est parfois uniquement par nécessité » (DG, ville L, 11 juin).*

Cela conforte ainsi l'idée selon laquelle le besoin médical - voire la nécessité – serait la circonstance la plus propice au recours à la TLC. Celle-ci semble en effet bien devant d'autres considérations, comme celle tenant par exemple à l'âge du praticien : *« L'hypothèse selon le fait qu'il y aurait une relation linéaire entre l'âge et l'usage des outils est un faux semblant dont il faut se méfier d'autant plus que des révélations ont eu lieu lors de la période Covid avec des praticiens plus âgés qui se sont mis aux applications numériques »* (médecin de santé publique du CHTL*, ville de S*, 14 mai). Pour autant, si la crise a permis d'équiper de nouveaux EHPAD et de convertir à son usage de nouveaux praticiens, elle ne semble pas profiter principalement à la solution OurGHT* TLC*.

Le poids de la concurrence

Il semblerait que la crise n'a pas davantage favorisé l'usage de OurGHT* TLC, en particulier pour les EHPAD qui étaient déjà peu utilisateurs, comme en témoigne cette directrice : *« il est évident que la téléconsultation n'a pas été un réflexe pour nos équipes pendant la crise de la Covid-19 »* (Directrice des EHPAD autonomes 10-11*, ville de S*, 28 juin). Aussi, au regard des contraintes RH fortes qui ont pesé sur les EHPAD pendant la crise, certains ont privilégié des solutions assorties d'un personnel dédié comme TockTockToubib* : *« car il y a avait des personnels soignants dédiés à la TLC qui sont venus accompagner les agents dans la prise en main de l'outil – ce qui a permis de résoudre à la fois les problématiques techniques et le manque de personnel »*(ARS, tel, 6 juillet). Ainsi, globalement l'impact de la crise aurait été plutôt neutre pour certains de ces EHPAD : *« il n'y a pas eu plus de téléconsultations réalisées en EHPAD sur cette période »* (ARS, tel, 6 juillet). Pour autant, en l'absence de données chiffrées, il semble difficile de déterminer ce qui relève vraiment d'un usage structurel ou conjoncturel de la solution puisqu'il peut aussi bien s'agir d'une façon pour les acteurs de se dédouaner.

Du côté des praticiens hospitaliers, la plupart se sont tournés vers d'autres usages et plateformes concurrentes : *« les téléconsultations ont avancé mais en dehors de OurGHT* avec la possibilité offerte de recourir gracieusement à Médecinelib* pour les consultations urgentes non programmées »* (Directeur des EHPAD 1-2-3*, ville de S*, 10 juin). Selon les propos rapportés, plusieurs raisons peuvent expliquer le choix de se tourner vers la concurrence :

- parce les autres solutions (TockTockToubib*, Médecinelib*, *Télémedecins* solution, etc.*) sont plus faciles à installer et compatibles avec n'importe quelle tablette, PC et/ou smartphone : « *avec Télémedecins* solution cela passe par l'envoi d'un lien directement accessible via un téléphone, où il suffit de cliquer dessus pour se connecter directement à la TLC [...]* » (ARS, tel, 6 juillet) ; « *L'un des problèmes de OurGHT* TLC c'est qu'il s'agit d'un outil entier défini avec matériel et applicatifs alors que d'autres solutions comme Médecinelib permettent d'utiliser ses propres outils* » (Dr H*, tel, 9 juin) ;
- parce que contrairement à OurGHT* TLC, ces solutions répondaient à la demande des médecins spécialistes du CHTL* qui souhaitaient principalement réaliser les TLC avec leurs patients chroniques du domicile (dans une modalité de type « *public access* ») : « *La TLC qui a le plus augmenté pendant la Covid c'est la TLC en psychiatrie mais elle n'est pas à destination des EHPAD* » (Dr H*, tel, 9 juin) ;
- parce que ces solutions offrent un accompagnement rapide et adapté avec un équipement en 24h et une formation accélérée à l'aide de tutoriels en ligne : « *Pendant le Covid, Médecinelib* a été mis en place. Nous avons appelé le mardi et le mercredi le matériel était prêt à être utilisé. C'était le jour et la nuit, rien à voir avec OurGHT*, ça fonctionnait direct, c'était intuitif et facile. Nous avons pu être rapidement formés par vidéos et échanger avec un correspondant identifié* » (Dr N*, tel, 8 juin) ;

En outre, il y a fort à parier que l'image positive de ces solutions a également joué en leur faveur - et ce malgré l'ancrage et développement local de OurGHT* TLC.

La crise ne peut pas tout

Bien qu'ayant aidé la crise de la Covid-19 ne peut pas révolutionner complètement les usages. Le changement prendra encore du temps et passera aussi par les nouvelles générations : « *il reste des réticences de la part de certains agents mais des évolutions sont d'ores et déjà observables avec les nouvelles arrivées et le développement de la prise de rdv en ligne dans la sphère privée* » (IDE, ville de P*, 26 juin).

En outre, la crise a mis en exergue une forme de résistance culturelle propre au territoire du Lac* - encore pour l'heure inexplicquée par les autorités :

« *Relativement aux autres départements de sa région, le Lac* est plutôt derrière avec moins d'utilisateurs que les autres alors même que nous avons été précurseur en la matière. A titre d'exemple, les hôpitaux du Lac* ont fait 500 téléconsultations de moins que son département voisin entre le 1er janvier et le 1er juin (toute spécialité confondue : gynécologie, anesthésie, suivi de grossesse, etc.)* » (ARS, tel, 6 juillet) ;

« Il y a un consensus général partagé par nombre d'autres institutions de protection sociale (CAF, pôle emploi, MSA, etc.) sur le fait que le numérique ait du mal à s'implanter dans le Lac. Il est encore nécessaire d'enquêter et d'interroger aussi des opérateurs du secteur privé » (CPAM, tel, 15 juillet).*

Enfin, malgré la volonté de maintenir les avancées réalisées, une crainte partagée plane sur l'avenir de la TLC après la crise Covid à cause de la reprise d'activité – comme évoqué ici : *« avec la réouverture des lits et la reprise des explorations, je ne suis pas sûre que les spécialistes soient toujours disponibles pour faire de la TLC - et cela va coûter plus cher avec la levée des avantages gracieux permis pendant la crise »* (gériatre du CHTL*, tel, 17 juin). Le maintien de la TLC va donc nécessiter un effort de clarification sur les moyens financiers à consentir (les dérogations favorables actuelles prenant en effet fin en principe en décembre 2020), ainsi que sur les ressources humaines à mettre en face. Sur ce dernier aspect, certaines personnes interrogées ont fait part de leurs idées comme le fait par exemple de proposer des TLC en zone « sous-dotée » avec des requis localisés eux en zones « surdotées » et/ou des équipes mobiles paramédicales dédiées à la réalisation de TLC en EHPAD.

Ainsi, compte-tenues des évolutions récentes et des potentialités présentées, l'avenir de OurGHT* TLC ne semble pas encore scellé. Les acteurs sont même plutôt divisés sur la question, même si une majorité des personnes interrogées se dit favorable à une relance du projet. Mais – nous l'avons vu - bon nombre d'éléments peuvent encore conditionner ce choix. Ainsi, loin de trancher complètement la question, nous tenterons de proposer plusieurs options.

B. Soumis à un avenir encore incertain, OurGHT* téléconsultation se doit pourtant d'être révisé sous peine d'être remplacé

Concernant le futur de la solution, les avis sont partagés : 3 personnes interrogées parlent de volonté de « réinvestir », de « redynamiser » et de « relancer » le projet ; 2 personnes sont favorables à « recommencer à zéro » ou « repenser de fond en comble » le projet ; enfin, 3 personnes souhaitent « abandonner » ou « choisir une autre solution ». De ce fait, nous allons à présent analyser les leviers d'amélioration proposés par ceux qui croient encore en OurGHT* TLC (1), avant de proposer deux scénarios envisagés : la révision du projet ou l'abandon du projet (2).

1. Plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées par les acteurs interrogés

Afin de lister les pistes d'amélioration envisagées par les acteurs, nous allons recourir à la même méthodologie que celle employée précédemment concernant les difficultés rencontrées. Les personnes interrogées ont donc été invitées à d'abord lister tous les leviers d'amélioration possibles, avant d'être encouragées à les regrouper en catégories avec un ordre de priorisation de 1 à 4 (cf. annexe 7). Il en ressort 60 réponses différentes qui ont été regroupées en 10 « catégorie de solutions »⁴⁰ appartenant elles-mêmes à 4 « grandes catégories de solutions »³⁸ : les solutions liées à l'outil, les solutions liées à la structuration du projet, les solutions liées à l'environnement du projet et enfin les solutions liées aux acteurs. D'un point de vue global, le calcul des occurrences de réponses permet de pointer les solutions les plus citées, à savoir : en premier, les solutions liées à la structuration du projet (68 occurrences) ; en second, les solutions liées à l'outil (44) ; en troisième, les solutions liées aux acteurs (17) ; puis en dernier, solutions liées à l'environnement du projet (13). Cet ordonnancement est donc proche de celui rencontré antérieurement lors de l'analyse des difficultés – à l'exception près que les solutions liées aux acteurs prennent le pas sur celles liées à l'environnement. Il semblerait, en effet, que les acteurs interrogés envisagent – en majorité - plus facilement les changements leur paraissant comme étant sous leur contrôle ou celui du développeur (comme changer l'outil, restructurer le projet ou mobiliser les acteurs) que ceux extérieurs au projet et aux acteurs, telle que la réglementation nationale par exemple. De plus, en termes d'analyse par fonction, les médecins évoquent plus que les directeurs en solution N°1 la nécessité de structuration du projet, avec respectivement 31 occurrences contre 14 ; et en N°2 les solutions liées à l'outil, avec 16 et 10 occurrences.

Un projet médical avant tout

En premier lieu, concernant les solutions liées à la structuration du projet, quatre « sous-catégories » ressortent l'établissement d'un projet médical concerté (31 occurrences), la relance de la communication (16), la clarification du portage (15) et enfin, le développement de l'accompagnement et de la formation (6) (cf. annexe 7 et figure 8). En termes de priorisation, l'établissement d'un projet médical concerté se distingue clairement des autres solutions proposées puisque cette « sous-catégorie » ressort 16 fois en solution N°1 et 11 fois en solution N°2, tandis que la relance de la communication et la clarification du portage ne sont évoquées respectivement que 11 et 7 fois en solution N°1, 4 et 6 fois en N°2. La rédaction d'un projet

⁴⁰ Par un souci de simplification et d'aisance rédactionnelle, certains intitulés du tableau d'analyse thématique des résultats ont été ainsi renommés : les « grandes catégories » correspondent à la colonne « thèmes », les « catégories de difficultés » à celle des « sous-thèmes » et les « sous-catégories » à celle des « étiquettes » (voir annexes 6 et 7 pour le rendu final)

médical répondrait à quatre nécessités essentielles : repenser la réponse médicale (13 occurrences), faire un diagnostic partagé des besoins assorti de propositions (8), ouvrir davantage la solution sur l'extérieur (avec de nouveaux profils de requis et requérants) (8) et rendre plus visible l'offre médicale (2). Cette dernière confirme bien la faible importance donnée à l'absence de visibilité sur les créneaux dédiés alors même que cet argument est fréquemment cité. Pour certains acteurs, il faudrait donc tout reprendre du début en réalisant une cartographie des besoins des personnes, déterminer ou non un défaut de recours médical local et proposer en fonction un projet médical cohérent et intégré :

« L'enjeu est donc de transformer OurGHT TLC pour le faire évoluer d'un outil technique à un projet médical pragmatique. Il faut présenter un cadrage avec des propositions médicales fortes - auxquelles les médecins adhèrent - avec une vraie valeur ajoutée pour l'outil et envisager éventuellement de pouvoir faire de la télé-expertise avec »* (Dr H*, tel, 9 juin).

Certains acteurs incitent sur la nécessité d'avoir un front médical mobilisé autour de la question de la TLC - comme dans le cas de ce directeur :

« Il ne faut pas que le DSI ou un médecin porte seul le projet. Il faut que les directeurs comme l'encadrement et les médecins coordonnateurs montrent un front uni pour faire avancer les choses et faire vivre une vraie commission de coordination gériatrique » (Directeur des EHPAD 1-2-3*, ville de S*, 10 juin).

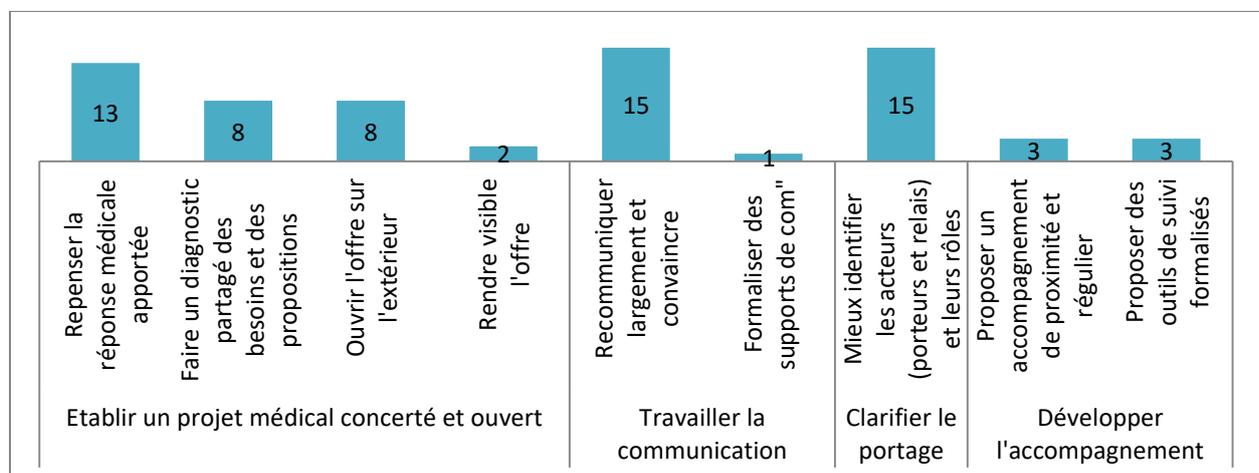


Figure 8 : Graphique récapitulatif des solutions liées à la structuration de projet

Concernant le fait de communiquer sur la solution, il faudrait relancer une campagne dynamique et convaincante (15 occurrences) et la formalisation de supports (1 occurrence). La communication est identifiée comme un levier d'action important par les acteurs interrogés : elle est souvent énoncée en solution N°1 (11 fois), juste après l'établissement du projet médical (16) et l'amélioration de la technique (15). Pour certains acteurs, une bonne communication est gage de crédibilité et de confiance : *« il faudrait avoir du répondant, de la notoriété, du sérieux et des*

bons retours sur les résultats apportés par la solution [...] » (IDE, ville de P*, 26 juin); « il y a la nécessité de communiquer bien plus sur les avantages de la TLC » (Méd-co EHPAD 8*, tel, 19 juin). Enfin, concernant la clarification du portage et le développement de l'accompagnement, les solutions proposées reposent sur l'identification des principaux rôles et acteurs (15 occurrences) et la mise en place d'un accompagnement régulier et de proximité (6 occurrences) :

« Je ne suis pas contre ce type de solution mais il faut de l'autocritique aussi de l'autre côté afin de recenser les problèmes, rencontrer les clubs utilisateurs et proposer une meilleure ergonomie de logiciel associé à un accompagnement rapproché des équipes. Il y a une forme de symbiose à rechercher » (Dr M*, tel, 9 juin).

Mais pour changer la communication et rechercher cette symbiose, il faut parfois passer par un changement de posture ou de porteur. Certains rappellent ainsi que la réussite du projet tient surtout à sa capacité à se « déshospitalo-centrer » : « Le but est bien de rappeler l'importance des liens entre la ville et l'hôpital et non de rester sur une démarche « hospitalo-centrée », à l'instar des autres avancées en cours autour de la transformation numérique et du e-parcours » (CPAM, tel, 15 juillet).

Une technique à parfaire

En second lieu, concernant les solutions liées à l'outil, deux sous-catégories ressortent principalement : l'importance d'améliorer la technique (37 occurrences) et celle de revoir la logistique (7) (cf. annexe 5 et figure 9). La nécessité d'améliorer la technique apparaît comme la seconde piste de solution la plus citée en N°1 (15 fois) et en N°2 (9 fois), après la mise en place d'un projet médical, respectivement 16 et 11 fois.

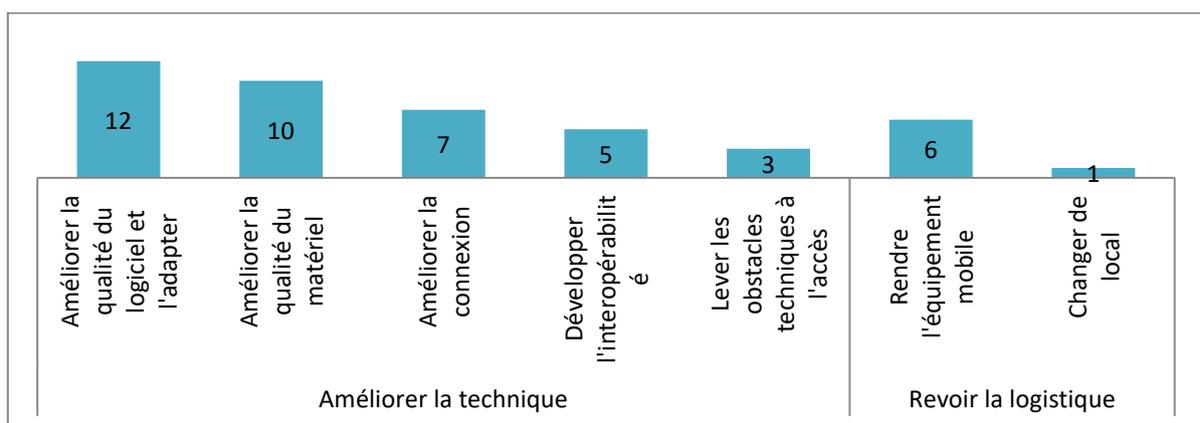


Figure 9 : Graphique récapitulatif des solutions liées à l'outil

Placée en première position, l'amélioration de la technique comprend plusieurs types d'évolutions évoquées que sont : l'amélioration de la qualité du logiciel, en lien notamment avec les autres solutions existantes (12 occurrences) ; l'amélioration de la qualité du matériel avec un

équipement de pointe et connecté (10) ; l'amélioration de la connexion (7) ; le développement de l'interopérabilité avec les logiciels de soins et le DMP (5) et la résolution des obstacles techniques à l'accès (3). Quant-au rôle que tiendraient les outils connectés dans la diversification de l'offre de TLC spécialisées, les avis restent très divisés. En effet, pour certains, cela pourrait permettre de séduire de nouveaux médecins spécialistes alors que pour d'autres, cela ne changerait rien au regard des spécialités déjà proposées en TLC :

« Concernant le fait que toutes les spécialités ne recourent pas de la même manière à la téléconsultation, cela est surtout lié aux outils disponibles qui ne sont pas forcément adéquats pour certaines. En revanche, des spécialités comme la dermatologie, la diabétologie ou encore la chirurgie (plaie-cicatrisation) peuvent se passer d'un bon nombre d'appareils connectés, tout en restant pertinent dans leur recours à la TLC » (Directeur des soins, ville de S*, 15 mai).

Concernant la révision à prévoir au niveau logistique, les acteurs souhaiteraient bénéficier d'un équipement plus mobile -via tablettes et/ou smartphones - (6 occurrences) et relocaliser le matériel dans un espace plus adapté (1). En EHPAD, la possibilité de pouvoir réaliser une TLC au pied du lit résident – notamment des plus grabataires – correspond non seulement à une recommandation (HAS, 2019, p. 8) mais également à une attente forte des professionnels :

« Je pense que OurGHT TLC a du potentiel. Mais dans sa mise en œuvre, il doit vraiment être revu pour s'adapter davantage aux problématiques rencontrées par les EHPAD - avec des personnes âgées souvent difficiles à mobiliser. Toute la mise en œuvre devrait être revue pour que le projet devienne pleinement opérationnel »* (CSS des EHPAD 1-2-3*, tel, 15 juin).

Un changement à accompagner

En troisième lieu, concernant les acteurs eux-mêmes, l'unique solution proposée par les acteurs est d'accompagner et d'aider aux changements des pratiques (17 occurrences). Celle-ci est la seconde « sous-catégorie » la plus citée en solution N°2, après l'établissement d'un projet médical et ex aequo avec l'amélioration de la technique. Elle est également deux fois plus citées par les directeurs que les médecins avec respectivement 7 et 2 occurrences. Pour y arriver, deux principaux leviers sont évoqués : l'évolution des pratiques (11 occurrences) et le changement des rapports entre les acteurs (6 occurrences). Concernant l'évolution des pratiques, il s'agirait principalement de maintenir l'usage de la TLC chez les médecins généralistes et spécialistes après la crise (5 occurrences) et former les IDE à la récupération de certaines informations en amont des TLC (2 occurrences). Cette exigence dans la récolte d'informations semble trahir une forme d'inquiétude de certains médecins, quant à la bonne transmission des données à distance et/ou au fait de devoir confier une part de son métier à des intermédiaires (IDE ou médecins) (Daudelin et al., 2008). Ainsi, le bon fonctionnement

d'une TLC semble d'abord tenir à la capacité qu'ont les acteurs à nouer une relation de confiance solide et durable – comme en témoigne Vandart* : « *Aujourd'hui, les IDE connaissent très bien les médecins qu'elles ont eu bout du fil* » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin). En outre, le changement de rapports entre les acteurs doit également passer par une révision du rôle et de la place des usagers (ou de leur représentant). L'idée serait, en effet, de plus les impliquer dans leur prise en soins (2 occurrences) et lors des TLC (2 occurrences). Plusieurs personnes interrogées attestent que lors du TLC le dialogue avec le résident est parfois rare et souvent limité aux salutations et/ou à la quantification de la douleur. Cela s'explique notamment par le fait que résidents ont souvent besoin de l'aide psychique d'un présent pour la reformulation, la répétition et/ou la prise de constante (Daudelin et al, 2008 ; Mathieu-Fritz et al, 2012) - comme rappelé ici :

« *En EHPAD, cela semble impossible de laisser un résident seul face à son ordinateur, même si il a la capacité cognitive d'interagir. La TLC nécessite souvent un accompagnement par un professionnel pour répondre aux questions du spécialiste* » (CSS EHPAD 1-2-3*, tel, 15 juin).

Point de focus sur le « risque d'effacement » du résident :

Lorsque la discussion se passe quasi uniquement entre professionnels de santé et que le résident est relégué au rôle passif d'observateur, certains auteurs parlent d'un « *risque de marginalisation* » ou d'« *effacement de la personne* » (Street et al, 2000 ; Mathieu-Fritz et al., 2012). Selon ces auteurs, ce phénomène a deux causes principales : la pathologie du résident pouvant le rendre mutique de fait et/ou le type de langage adopté qui peut complètement échapper au « profane » (le résident). Cette problématique a notamment été soulevée dans le cas de la TLC : « *Je pense que la télé-expertise a plus d'apport que la téléconsultation en EHPAD car c'est parfois compliqué avec l'état des résidents qui ne comprennent pas toujours ce qu'il se passe et qui ne sont pas actifs dans la téléconsultation* » (Dr N*, tel, 8 juin). Pourtant, pour d'autres auteurs comme Robert Moulias, la question serait moins de savoir si ces personnes vulnérables peuvent bénéficier ou non de la TLC que de se demander pourquoi ils en seraient privés d'office : « *ces personnes malades et handicapées ne doivent pas se voir exclues par des prétextes, en fait ségrégatifs, des technologies dont elles seraient souvent les plus à même de bénéficier* » (Moulias, 2008). Ainsi, plutôt que de les priver de la TLC en critiquant une « *télé-expertise déguisée* », peut-être faudrait-il envisager plutôt la possibilité de suivre cette nouvelle « *potentialité collatérale* » en ouvrant la possibilité de proposer à côté de la TLC de la télé-expertise ? En outre, cet état de fait ne saurait s'accompagner que par de plus profonds changements sur la place du résident dans la relation de soins, numérique ou physique.

Une prise en compte de l'environnement

Enfin, concernant les pistes de solutions liées à l'environnement du projet, trois « sous-catégories » apparaissent. La principale est de bien tenir compte des tensions locales en personnel médical (PM) et paramédical (PNM) dans la structuration du projet (10 occurrences). Les « sous-catégories » secondaires concernent : l'obtention d'aides à l'investissement et à la maintenance (2), ainsi que la possibilité de pouvoir continuer à profiter des dérogations organisationnelles en vigueur (1). En outre, les autorités reconnaissent l'existence de fortes tensions sur certaines professions, en particulier sur les médecins généralistes. Cette problématique ne saurait être imputée au projet, ni à son porteur : « *il faudrait reprendre le projet dans sa globalité car le problème de l'insuffisance de médecins traitants n'est a priori pas lié à l'hôpital mais plutôt à la médecine de ville. C'est sur elle que doit se focaliser les pistes de solutions à apporter* » (CPAM, tel, 15 juillet). Ainsi, pour renforcer l'attractivité dans la région, les personnes interrogées évoquent la possibilité de libérer du temps de spécialiste (5 occurrences) et de développer des soins de proximité avec la ville (1).

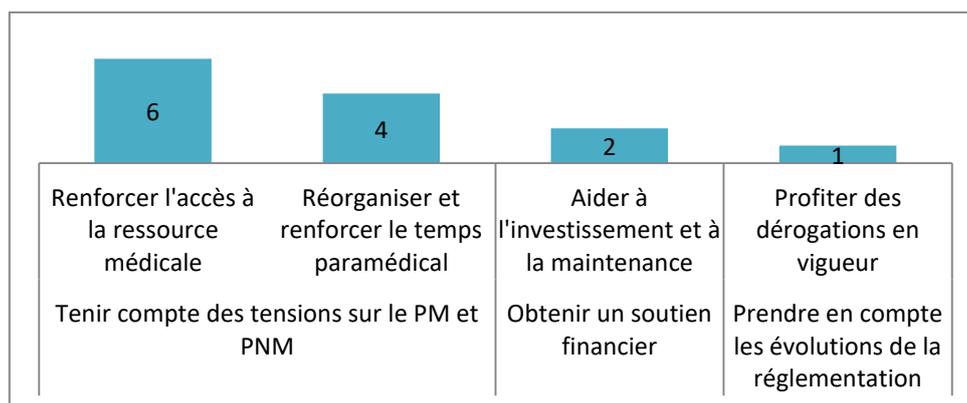


Figure 10 : Graphique récapitulant les solutions liées à l'environnement

Concernant les tensions en personnel paramédical, il s'agirait plutôt de réorganiser et de renforcer le temps consacré à la réalisation de TLC en bénéficiant de l'appui des IDE libérales ou d'équipes mobiles hospitalières (2 occurrences), en intégrant un temps dédié dans leur planning (1) (HAS, 2019, p. 8) et/ou en assurant une certaine stabilité dans les créneaux proposés (1).

Ainsi, d'un point de vue global, les solutions proposées par les acteurs sont surtout orientées vers une restructuration globale du projet et une amélioration des conditions techniques et logistiques. A l'appui de ces éléments, il nous faut à présent envisager plusieurs alternatives pour garantir l'avenir de la TLC dans le département du Lac*, avec ou sans OurGHT* TLC.

Point de focus sur les enseignements à retenir :

Pour mener à bien une conduite de projet TLC, plusieurs éléments sont à prendre en compte. Ces éléments sont présentés sous forme de recommandations dans le guide HAS des bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation (HAS, 2019). Elles sont au nombre de 10 : information et recueil du consentement du patient, pertinence de la téléconsultation (situation clinique, disponibilités des données, capacité du patient), moyens de communication utilisés (choix du matériel), lieux de réalisation de la téléconsultation (choix du local), identification du patient, authentification forte du professionnel médical, communication, organisation de la prise en charge du patient, enregistrement du compte-rendu et transmission du compte-rendu. Dans notre cas d'étude, la pertinence de la téléconsultation, le choix des moyens de communication, le lieu de réalisation de la téléconsultation, la communication et le recueil du consentement, ont été les cinq éléments probablement les plus sous-estimés dans la mise en œuvre. Conformément à ces recommandations et en lien avec les difficultés pointées et les solutions proposées, la réussite d'un tel projet nécessiterait donc de :

- 1°) étudier la pertinence du dispositif en EHPAD (besoins, capacités et souhaits des usagers) ;
- 2°) assurer une construction collaborative du dispositif avec l'alignement d'intérêts communs ;
- 3°) mieux porter et communiquer sur le projet pour éviter les travers de l'hospitalo-centrisme ;
- 4°) mieux équiper et accompagner les EHPAD pour qu'ils prennent le virage de la TLC ;
- 5°) pallier l'absence – voire l'insuffisance – de ressources médicales et paramédicales (ex : renforts extérieurs dédiés et/ou renforcement du rôle du médecin coordonnateur)

2. Plusieurs scénarios peuvent être proposés pour l'avenir de OurGHT* TLC

La crise sanitaire de la Covid-19 a permis – comme nous l'avons vu – d'impulser une nouvelle dynamique sur le territoire : « *Il y a clairement un terreau favorable à la relance de la dynamique en sortie de crise afin de poursuivre les avancées réalisées* » (CPAM, tel, 15 juillet). Cette dernière s'inscrit dans un contexte politique encourageant un virage numérique dans le secteur médico-social - comme en témoigne la feuille de route « Accélérer le virage du numérique » d'avril 2019⁴¹. Au-delà des fonds d'amorçage prévus par la CNSA (30 millions d'euros) et des aides ponctuelles apportées par les ARS et/ou les CD, le confinement a déclenché un élan de solidarité national qui s'est traduit par des dons massifs pour équiper les EHPAD en tablettes connectées et en box internet, dans un but de maintien du lien social. Ainsi, les EHPAD du

⁴¹ La feuille de route « Accélérer le virage du numérique » s'inscrit dans la stratégie de transformation du système de santé Ma Santé 2022 (4ème Plan Numérique Santé en 20 ans). La 20ème mesure prévoyait « un soutien aux systèmes d'information médico-sociaux et accompagnement au virage numérique, via un plan « ESMS numérique » »

territoire du Lac*, qui en ont fait la demande, ont pu bénéficier d'une quinzaine de tablettes chacun. Comme nous avons pu le voir déjà avec la caméra, ces tablettes pourront sûrement être employées à plusieurs usages et ainsi peut-être, à terme, offrir un support plus mobile aux acteurs pour faire de la TLC.

Ainsi, au regard du contexte actuel, l'ARS rappelle que les EHPAD n'auront bientôt plus le choix que de prendre le virage du numérique en réalisant de la TLC (avec ou sans OurGHT* TLC) :

« En juillet 2020, il est temps de remettre en cause OurGHT TLC : soit la solution saute le pas et arrive à évoluer en tenant compte des freins soulignés, soit les EHPAD vont passer à autre chose. Car qu'ils le veuillent ou non, avec les médecins traitants et coordonnateurs qui se font de plus en plus rares, ils vont devoir passer à la TLC » (ARS, tel, 6 juillet).*

Il ne tient donc qu'à OurGHT* TLC de saisir l'occasion. Pour autant, que OurGHT* TLC soit ou non retenu, deux conditions apparaissent comme préalable à toute pratique de la TLC dans les EHPAD du département : l'informatisation et l'équipement réseau.

Deux conditions préalables

Quel que soit le scénario choisi (repenser ou abandonner la solution), un prérequis s'impose : s'assurer que l'informatisation, le réseau et la bande passante soient de qualité suffisante pour la réalisation de TLC. Ce présupposé n'est pas trivial au regard du retard informatique pris par les EHPAD : 15 à 20 % des EHPAD seraient très mal voire pas du tout informatisés sur leur dossier résident (Quideau, 2017). A titre d'exemple, l'EHPAD hospitalier 3* interrogé rappelle qu'il n'est pas informatisé : *« Ce n'est pas un problème pour nous que OurGHT* TLC ne soit pas interfacé avec le DMP puisque l'EHPAD n'est pas informatisé » (IDE, ville de P*, 26 juin).*

En outre, OurGHT* TLC* ne possède pas de système de priorisation systématique des flux. Par conséquent, la TLC entraîne rapidement une saturation de la bande passante dans les EHPAD. Cela oblige parfois même les IDE et/ou aides-soignantes à utiliser leur propre partage de connexion pour faire de la TLC et/ou de la visio-conférence avec la famille. A en croire le DSI du CHTL*, un effort de temps et de moyens humains devrait être consacré à la réorganisation des flux internet des EHPAD : *« J'ai constaté lors de mon déplacement à l'EHPAD de Vandart* que les flux étaient déstructurés et qu'il fallait tout recâbler - mais cela ne peut pas être fait par nos équipes dans tous les EHPAD » (DSI, tel, 21 juin).*

Pour contourner ce problème, il suffirait pour les EHPAD d'investir dans des clés 4G et/ou une box internet : *« Il serait donc judicieux de proposer dans le packaging de l'offre un appui de connectivité type clef 4G mais pour ce faire il faut compter un surcoût financier de 40 euros par*

mois » (DSI, tel, 21 juin). Un choix qui a notamment été fait par l'EHPAD de Vandart* pendant la crise : « Avec la diversification de l'offre médicale, l'EHPAD a investi dans une clef 4G pour réaliser les téléconsultations et un abonnement à une carte SIM » (CSS de l'EHPAD, tel, 25 juin). Ainsi, qu'importe la solution *in fine* retenue, une attention particulière doit d'abord être portée à la dotation matérielle et l'équipement réseau des EHPAD :

« Il faut continuer la téléconsultation, nous voyons bien que nous n'avons plus le choix. Après est-ce que cela doit être avec OurGHT TLC ou une autre solution ? A la limite qu'importe, il n'y a pas de préférence à avoir. En revanche, il faut trouver une solution qui fonctionne tant sur l'aspect technique qu'au niveau de la réception »* (CPAM, tel, 15 juillet).

Un refus d'abandon de la TLC

L'abandon de la TLC sur le territoire du Lac* n'est pas, à ce jour, envisagé au regard des très nombreux avantages qu'elle offre en particulier pour les résidents : « Je crois à la nécessité d'offrir des TLC aux résidents des EHPAD pour éviter les temps morts en salle d'attente. C'est une offre vraiment utile pour les EHPAD éloignés des hôpitaux, quand il y a beaucoup de temps de transport et que les résidents doivent être levés tôt. C'est un gros défi mais il faut continuer comme cela » (gériatre du CHTL*, tel, 17 juin). Partant donc du postulat que la persistance de la TLC dans les EHPAD du Lac* serait actée, la question devient plutôt quelle solution serait la plus à même de répondre à leurs besoins. Or, nous avons vu que le besoin principal de ces EHPAD est en médecine générale (pour pallier l'absence de médecin traitant ou coordinateur). La médecine spécialisée est moins demandée et le besoin est ciblé sur quelques spécialités identifiées telles que : la dermatologie, la psychiatrie, la diabétologie, la gériatrie, la cardiologie, et la chirurgie. Or, OurGHT* TLC – bien qu'il se soit progressivement ouvert à la médecine générale – n'a pas été conçu dans le but de proposer de la TLC généraliste. Bien que l'idée de réorienter OurGHT* vers la réalisation de TLC généralistes ait été évoquée en creux par plusieurs personnes interrogées, cela semble peu envisageable tant du point de vue du portage que de la plus-value. En effet, l'hôpital n'a *a priori* ni l'intérêt, ni la légitimité à développer un outil uniquement ciblé sur le secteur libéral. En outre, d'autres acteurs ont déjà pris une part conséquente du marché de la TLC généraliste avec des solutions plus performantes, ce qui placerait la solution dans une situation concurrentielle inconfortable : « OurGHT* a fait le choix de se focaliser sur une réponse recherchée du côté des médecins spécialistes ; Télémedecins* solution s'est focalisée quant-à elle sur une réponse apportée en médecine généraliste » (DSI, tel, 21 juin). Télémedecins* solution a pour avantage d'être adaptée à toute solution de TLC avec trois écrans simultanés : l'un avec l'agenda partagé, l'un avec le dossier médical et un dernier avec la visioconférence qu'intègre l'outil (Télémedecins* solution, OurGHT* TLC ou toute autre solution) - avec une facilité de navigation entre chaque écran. Le caractère non

exclusif de Télémedecins* solution lui assure un déploiement local sans entrave puisque chaque médecin libéral ou hospitalier peut y greffer sa solution habituelle. Les résidents des EHPAD pourraient donc continuer à bénéficier de TLC* de médecine généraliste via d'autres solutions que OurGHT* (MédecineLib*, Télémedecins solution*, etc.). A la rigueur, OurGHT* TLC pourrait être conservé marginalement, comme solution de secours lorsque les consultations spécialisées sur site ne peuvent plus se tenir. La logique voudrait néanmoins qu'à terme OurGHT* se désengage complètement de la TLC pour clarifier sa mission et ainsi éviter les marges d'interprétation que nous avons constatées précédemment.

En outre, qu'il s'agisse d'une TLC réalisée avec des généralistes ou des spécialistes, celle-ci ne devrait se tenir qu'à condition que le résident soit en capacité d'interagir activement avec le médecin. En effet, une TLC avec un résident qui ne serait pas partie prenante de la discussion pourrait être considérée comme une mauvaise pratique professionnelle (HAS, 2019, p14) - voire assimilable à de la maltraitance institutionnelle, et ce dont il faut absolument se prémunir. Dans un tel cas, il semble préférable de privilégier de la télé-expertise à de la téléconsultation ou de demander en amont l'avis d'une commission pluridisciplinaire.

Scénario 1 : une réorientation de la solution vers de la télé-expertise

L'idée serait donc de trouver un nouveau projet pour OurGHT* lui permettant à la fois de capitaliser sur sa plus-value (offrir de la TLC avec des spécialistes du CHTL*) et de s'implanter sur un marché encore peu concurrentiel localement comme la télé-expertise. 4 personnes interrogées évoquent la volonté de voir proposé avec OurGHT* de la télé-expertise : un directeur (celui des EHPAD 1-2-3*) et trois médecins (le Dr N*, le Dr M* et le Dr H*). En effet, proposer de la télé-expertise – au sens 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* »⁴² - présente plusieurs avantages. En premier lieu, la télé-expertise répondrait davantage aux attentes des spécialistes du CHTL* qui sont peu nombreux et désireux d'être sollicités principalement sur des cas cliniques complexes. Ensuite, parce qu'elle s'inscrirait plus logiquement dans le fonctionnement des EHPAD qui bénéficient *en principe* d'une ressource médicale suffisante pour gérer les « cas simples » sur place, grâce à l'appui du médecin coordinateur et/ou du médecin traitant (présent physiquement ou téléconsultant). A ce titre, les médecins spécialistes ne devraient être sollicités que si la prise en charge nécessaire passe par ce premier niveau de filtrage médical. La télé-expertise semble donc être une opportunité intéressante à envisager

⁴² Définition de la télé-expertise selon le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

sur le champ local. Elle nécessite néanmoins de bien étudier en amont les besoins des différentes parties prenantes jusqu'à aboutir à un schéma de prise en charge partagé, mettant en lien les acteurs hospitaliers, ceux de la ville et du médico-social. De ce fait, il y a plusieurs points de vigilance à prendre en compte :

- s'assurer d'avoir suffisamment de temps de spécialiste disponible pour qu'ils puissent assurer tant leurs consultations en présentielle que celles en distanciel – y compris celle en cours de développement avec leurs patients habituels ;
- établir ou d'entretenir de bonnes relations entre les médecins hospitaliers du CHTL* et ceux du territoire – qu'ils pratiquent en EHPAD ou en ville ;
- identifier pour chaque résident un interlocuteur médical au niveau des EHPAD (médecin coordinateur, médecin traitant ou à défaut un téléconsultant) et veiller tant à son implication qu'à sa disponibilité pour ce projet.

Par ailleurs, la requalification de la solution en télé-expertise peut s'opérer à moindre coût puisque OurGHT* TLC dispose déjà d'une bonne partie des propriétés nécessaires. En effet, OurGHT* TLC a été conçu comme un outil complet (avec un équipement et un applicatif dédié) mobilisable que les professionnels de santé (CHTL* et EHPAD) certifiés et équipés. Il ne peut donc pas être utilisé n'importe où ou par n'importe qui, contrairement à d'autres solutions où un simple clic suffit (comme par exemple celle proposée par Impulsiony*). Vouloir faire évoluer OurGHT* TLC dans ce sens impliquerait un investissement important pour un résultat direct probablement moins objectif. Il s'agit d'une erreur déjà constatée par le passé avec OurGHT* TLC. Par conséquent, l'astuce serait plutôt de capitaliser sur les établissements déjà équipés et les personnes certifiées. Si cette expérimentation en télé-expertise s'avère concluante, un nouveau modèle économique pourrait être présenté aux tutelles au regard des nouveaux investissements à prévoir (ex : achat d'appareils connectés, clef 4G, etc.). De plus, les tutelles semblent plutôt disposées à accompagner et appuyer l'évolution de la solution puisqu'elles l'ont aussi co-porté : « *Cela serait gênant d'abandonner complètement le projet puisque ce dernier a été financé. OurGHT* TLC doit donc évoluer à coût constant ou modéré [...]* » (ARS, tel, 6 juillet). Les tutelles sont d'autant plus disposées à aider qu'elles préfèrent privilégier des initiatives locales : « *Nous avons une richesse d'initiatives et de ressources dans le département mais qui n'est pas valorisée à son juste niveau et qui profite donc à d'autres opérateurs qui sont prêts à investir l'offre de soin territorial, ce qui est dommage* » (CPAM, tel, 15 juillet). Pour autant, tout n'est pas joué d'avance puisque la start-up proposant la solution estime que la transformation de OurGHT* TLC en plateforme de télé-expertise nécessitera 8 mois de développement et une rallonge budgétaire qu'il s'agira de bien estimer.

Enfin, pour s'assurer de la réussite de cette reconversion et de se prémunir contre les erreurs passées, les cinq étapes méthodologiques du guide des bonnes pratiques de l'HAS (HAS, 2019) devront être suivies (de l'identification du besoin médical jusqu'à la promotion du projet).

Scénario 2 : un abandon total de la solution OurGHT* TLC

Considérant que OurGHT* TLC n'a pas apporté les résultats escomptés et qu'il a déjà laissé passer sa chance, certains - dont deux des fondateurs - seraient partisans de son abandon au profit de la solution Impulsiony* du GRADE de développement de la e-santé : « *L'avenir est probablement plutôt du côté de Impulsiony*, même si le nom OurGHT restera* » (DG, ville de L*, 11 juin); « *Est-ce que cela fait sens de continuer ainsi, ne faut-il pas repartir d'une solution standard comme Impulsiony* ?* » (DSI, tel, 21 juin). Plusieurs arguments sont avancés pour justifier ce choix :

- le premier et principal argument est celui de sa non-conformité aux exigences applicables à la TLC (HAS, 2019), notamment les règles de protection et de sécurité des données personnelles⁴³. Ces dernières stipulent que : « *si le dispositif de télémédecine implique une externalisation des données, l'hébergement des données de santé doit être réalisé par un hébergeur agréé ou certifié pour l'hébergement, le stockage, la conservation de données de santé* » (HAS, 2019, p. 9)⁴⁴ – ce qui est le cas pour Impulsiony* mais pas pour OurGHT* TLC. OurGHT* TLC pourrait bien tenter de négocier avec Impulsiony* pour qu'elle gère son hébergement de données mais encore faudrait-il que cette dernière ait un réel intérêt à le faire. Pour le DSI du CHTL*, l'absence de ce critère condamne d'avance la solution : « *si OurGHT* TLC avait eu vocation à toucher un public plus large que celui des EHPAD, ces données seraient hébergées dans un Datacenter. Au niveau du CHTL*, nous stockons uniquement les données des patients de l'hôpital, sans possibilité donc d'ouvrir la solution à d'autres requis extra-CHTL** » (DSI, idem). D'autre part, la réglementation veut que la solution « *utilis[e] un système d'information communicant, en conformité avec le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS)*⁴⁵ » (HAS, 2019, p.10). Or, si Impulsiony* est interopérable avec le DMP et certains dossiers de soins, ce n'est pas le cas de OurGHT* TLC ;
- le second argument est de nature économique puisque choisir Impulsiony* plutôt que OurGHT* TLC ne serait pas plus onéreux au regard de son modèle (250 euros par mois

⁴³ En lien avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S)

⁴⁴ Pour aller plus loin : site internet de l'ASIP santé : [hébergement des données de santé](#) (HDS)

⁴⁵ Pour aller plus loin : site internet de l'ASIP santé : [cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé](#) (CISIS)

- par EHPAD pour la location de la tablette et de l'appliquet) : « *Aujourd'hui, il y a la mise en œuvre de Impulsiony*, une solution à bas coût de fonctionnement* » (CD, tel, 15 juillet) ;
- le troisième argument s'appuie sur un principe de cohérence à l'heure où la solution e-parcours se déploie dans la région et intègre la télémédecine dans le GRADeS : « *Il est encore temps de changer car OurGHT* reste sur un périmètre restreint pour se mettre en correspondance avec l'offre de la grande région* » (DSI, tel, 21 juin) ;
 - le quatrième et dernier argument est celui de la facilité de déploiement de Impulsiony* éprouvée lors du pic épidémique de la Covid-19 sur d'autres secteurs d'activités : « *la solution Impulsiony* a déjà été déployée pendant la crise Covid pour la réalisation de téléconsultations externes au niveau du CHTL* sans requérir d'outillage particulier : il a suffi de cliquer sur un lien accessible depuis tout smartphone* » (DSI, tel, 21 juin).

Ainsi, si le diagnostic posé et les éléments de réponses apportés s'avèrent convaincants, il s'agira de les éprouver à l'échelle de l'ensemble des EHPAD du département, avant de retenir ou non l'un ou l'autre des scénarios exposés.

*

*

*

Conclusion

Appelé pour répondre à la détresse médicale d'un EHPAD, OurGHT téléconsultation n'a été introduit que tardivement dans l'écosystème du CHTL*. La solution a alors profité d'un contexte favorable et d'aides au déploiement de la téléconsultation dans le secteur médico-social. La téléconsultation est en effet préconisée pour deux raisons principales : éviter les trajets en ambulance et les temps passés en salle d'attente pour les personnes âgées. Ces bénéfices sont source de satisfaction et de confort pour le public âgé des EHPAD.

Pourtant, loin de séduire de prime abord tous ses interlocuteurs, OurGHT* TLC a dû se légitimer et s'ajuster sans cesse. Ses débuts ont été marqués par de nombreuses critiques. A quoi s'est ensuite ajoutée une montée en puissance de la concurrence. Pourtant, grâce à ses efforts, OurGHT* TLC a fini par être déployé dans la quasi-totalité des EHPAD du territoire du Lac*. Il est ainsi devenu la solution de TLC incontournable du département. Pourtant, au lieu de lui apporter la réussite escomptée, cette généralisation a plutôt creusé les écarts entre les

EHPAD équipés. En effet, certains y ont vu un passage obligé pour fonctionner, d'autres un doublon à une offre médicale déjà existante, et enfin, certains sont restés prudents sur son utilité. Même les plus motivés ont fini par être découragés par les multiples difficultés rencontrées. Ainsi, en 2020, les acteurs partagent le constat d'échec de l'implémentation de OurGHT* TLC, caractérisé par la non-atteinte de ses objectifs chiffrés et l'insatisfaction des attentes suscitées. La solution apparaît donc comme figée au stade de « bonne idée », sans parvenir à le dépasser : aurait-elle donc été pensée un peu trop tôt et/ou un peu trop vite ?

La solution n'est pourtant pas abandonnée et parvient même à s'améliorer sur certains aspects et a profité d'un regain d'intérêt pendant la crise de la Covid-19. Son échec est également à relativiser au regard des « potentialités » démontrées, comme la réussite de Vandart* avec des téléconsultations généralistes ou encore les « télé-expertises déguisées » entre professionnels de santé. Redynamisée par ce contexte et relégitimée par ses nouvelles « potentialités », la solution OurGHT* TLC se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins entre la possibilité de devenir une plateforme de télé-expertise ou d'être abandonnée au profit d'une solution éprouvée. Sur cette question du devenir, les avis restent donc partagés : certains se refusent au constat d'échec, d'autres veulent l'oublier, enfin, quelque uns appellent à le dépasser. Pourtant, quel que soit le futur envisagé pour OurGHT* TLC, cette tentative aura au moins eu le mérite d'ouvrir la voie à la téléconsultation dans le territoire du Lac* et de permettre aux acteurs de montrer de nouveaux usages possibles. Ainsi, l'analyse du cas de OurGHT* TLC nous offre une belle leçon d'humilité en rappelant que le parcours d'une solution peut combiner des phases de réussite et d'échec, et qu'il dépend avant tout de la qualification des finalités souhaitées.

Enfin, cette analyse invite également à une réflexion plus large concernant l'importance à dissocier le structurel du contextuel dans l'analyse d'une solution innovante, telle que OurGHT* TLC. En effet, la vraie question est de savoir ce qu'il reste du projet une fois écartés le contexte d'opportunités initial et la situation de contrainte générée par la crise Covid.

Bibliographie

Références juridiques :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au JORF n° 0167 du 22 juillet 2009

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine, publié au JORF n° 0245 du 21 octobre 2010

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, publiée au JORF le 24 décembre 2013

L'instruction N° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région, publiée au JORF le 11 janvier 2017

Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, publiée au JORF n°0197 du 28 août 2018

LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, publiée au JORP n°0172 du 26 juillet 2019

Rapports institutionnels :

CNAM. (2019). *Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation. Un mode de consultation qui se développe progressivement*, dossier de presse.

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_1er_anniversaire_du_remboursement_de_la_teleconsultation_sept_2019.pdf

CNAM. (2020). *Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages*.

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

Cour des comptes. (2017). *La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des financements de la sécurité sociale*. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

DGOS. (2013). *Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémedecine 2013*.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf

HAS. (2018). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation*. Rapport d'élaboration de la fiche mémo.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport delaboration de la fiche memo teleconsultation teleexpertise avril 2018 2018-04-20 11-04-50 363.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport_delaboration_de_la_fiche_memo_teleconsultation_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-04-50_363.pdf)

HAS. (2019). *Améliorer la qualité et la sécurité des soins. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise, guide des bonnes pratiques*. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide teleconsultation et teleexpertise.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf)

Documents de sociétés savantes, d'ordre et de professionnels de santé :

CNOM. (2009). *Télémédecine : Les préconisations du conseil national de l'Ordre des Médecins*. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf>

Hazebroucq, V. (2003). *Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000522.pdf>

Pon, D., Coury, A. (2019). *Stratégie de transformation du système de santé. Accélérer le virage numérique*. Rapport final.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_virage_numerique.pdf

Ouvrages :

Akrich, M. (2006), « Les utilisateurs, acteurs de l'innovation », *Sociologie de la traduction : textes fondateurs* (pp. 253-265), Les Presses des Mines

Brown, N. & Michael M. (2003). A Sociology of Expectations: Retrospecting Prospects and Prospecting Retrospects, *Technology Analysis & Strategic Management*, 15(1), pp. 3-18
[10.1080/0953732032000046024](https://doi.org/10.1080/0953732032000046024)

Callon, M. (1998), *The Laws of the Markets*, Blackwell Publishers.

Da silva, N & Raully, A. (2013). Nouveau paradigme technico-organisationnel et appropriation d'une innovation. Les enjeux de la télémédecine. *Les nouvelles frontières de l'économie sociale et solidaire*, pp. 475-489. <https://doi.org/10.4000/ei.5758>

Daudelin, G. et al (2008). La recomposition des patients et des pratiques médicales en télénéphrologie. Les présences décalées. *Sciences sociales et santé*, 26(3), pp. 81-106. <https://doi.org/10.3917/sss.263.0081>

Gaglio, G. & Mathieu-Fritz, A. (2018). Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en actes, *Réseaux*, 207(1), 2018, pp. 9-24. <https://doi.org/10.3917/res.207.0009>

Gérald, G. (2018). Échec et « potentialités collatérales » d'une expérimentation en télémédecine d'urgence. *Réseaux*, 207(1), pp. 165-195. <https://doi.org/10.3917/res.207.0165>

Kerleau, M. & Pelletier-Fleury, N. (2002). Restructuring the health care and diffusion of telemedicine. *European Journal of Health Economics*, 3(3), pp. 2017-214.

Loffeier, I. (2015). *Panser des jambes de bois : La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.loffe.2015.03>

Mathieu-Fritz, A. & Esterle L. (2013). Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. *Revue française de sociologie*, 54(2), pp. 303-329. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0303>

Mathieu-Fritz, A. et al. (2012). Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria, *Gérontologie et société*, 35/141(2), pp. 117-127. <https://doi.org/10.3917/gs.141.0117>

Morel, S. (2018). Du neuf avec des vieux ? Télémédecine d'urgence et innovation en contexte gériatrique, Gérald Gaglio. *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 395-399. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0395>

Morozov, E. (2014). *Pour tout résoudre, cliquez ici : l'aberration du solutionnisme technologique*. Fyp éditions.

Mort M. et al. (2003), Remote doctors and absent patients: acting at a distance in telemedicine? *Science, Technology, & Human Values*, 28(2), pp. 274-295. <https://doi.org/10.1177/0162243902250907>

Moulias, R. (2008). Nouvelles technologies : aspects éthiques des applications à la gériatrie et à la gérontologie. *Gérontologie et société*, 31/126(3), pp. 129-139. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0129>

Nicolini, D. (2006). The work to make telemedicine work : a social and articulate view. *Social science & medicine*, 11, pp. 2754-1237. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.001>

Perriault, J. [1989] (2008), La logique de l'usage. *Essai sur les machines à communiquer*. L'Harmattan.

Pols, J. (2012) *Care at a distance*, Amsterdam University Press

Quideau, J-C (2017), *Comment optimiser l'utilisation du dossier résident informatisé en EHPAD*. Thèse professionnelle. Toulouse business school.

Street, R-L. et al. (2003). Specialist–Primary Care Provider–Patient Communication in Telemedical Consultations. *Telemedicine Journal*, 6(1), pp. 45-54.

Van Hout, A. et al. (2018). Why expectations of telecare are often wrong. An ethnographic study. *Réseaux*, 207(1), pp. 95-121. <https://doi.org/10.3917/res.207.0095>

Liste des annexes

Annexe 1 : Cadre législatif et réglementaire de la téléconsultation

Annexe 2 : Etat des lieux des téléconsultations via OurGHT*

Annexe 3 : Liste des personnes interrogées

Annexe 4 : Guide d'entretiens

Annexe 5 : Retranscription complète d'un entretien

Annexe 6 : Résultats de l'analyse thématique des entretiens

Annexe 7 : Tableaux de synthèse de l'analyse thématique

Annexe 1 : Cadre législatif et réglementaire de la téléconsultation

Cadre juridique de la téléconsultation

Définition de la télémedecine et de la téléconsultation

L'article 78 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a posé le cadre juridique de la télémedecine en modifiant le code de la santé publique (CSP) pour y introduire cette définition : « Art. L. 6316-1. - La télémedecine 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 figurent 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 téléconsultation est l'un des cinq actes de télémedecines⁴⁶ défini ainsi dans le code de la santé publique par le décret du 19 octobre 2010 : « Art. R. 6316-1. - La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical [médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme] de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé [pharmaciens, infirmiers] peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation [...] ». La téléconsultation est parfois confondue avec un autre acte : « La télé-expertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ».

Figure I : Schématisation des différents actes de télémedecine – Source : programme régional de télémedecine de l'ARS Poitou-Charentes

Dénomination de l'acte	Personnes présentes sur le lieu d'exercice		Moment de la réalisation de l'activité	Activité réalisée
	Sur place	A distance		
Téléconsultation	Patient professionnel et de santé	Professionnel médical	En direct	Consultation d'un professionnel médical
Téléexpertise	Professionnel médical	Professionnel médical	En direct, par visioconférence	Avis d'expert pour diagnostic ou traitement thérapeutique
Télesurveillance médicale	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Éventuellement en différé	Interprétation données cliniques, radiologiques, biologiques
Téléassistance médicale	Patient professionnel et de santé	Professionnel médical	En direct	Aide d'expert pour accomplissement de l'acte médical

⁴⁶ Cinq actes de télémedecine sont reconnus en France : la téléconsultation, la télé-expertise, la télesurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation (centre 15)

Conditions de mise en œuvre

Le recours à la téléconsultation relève d'une décision partagée du patient et du professionnel médical. Ce dernier doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en présentiel. Aucune situation clinique ne peut être exclue a priori d'un recours à la téléconsultation mais des critères d'éligibilité du patient sont définis en fonction :

- de l'état clinique et des objectifs cliniques : la téléconsultation n'est pas adaptée aux situations exigeant un examen physique direct par le professionnel médical
- des capacités du patient à bénéficier d'une téléconsultation : état cognitif, état psychique et/ou état physique (vue, audition, barrières de la langue, barrières à l'utilisation des technologies) avec en cas de besoin, la présence d'une personne de l'entourage du patient ou d'un interprète ou d'un professionnel de santé accompagnant pouvant assister le médecin dans la réalisation de certains éléments de l'examen clinique et/ou du geste technique dans la limite de ses compétences
- de la disponibilité des données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte (article R. 6316-3 du CSP)

Le décret du 19 octobre 2010 a défini les conditions de mise en œuvre de la télémédecine dans le code de la santé publique. Elle respecte les lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, des règles de déontologie et des standards de pratique clinique. La téléconsultation doit s'inscrire dans le parcours de soins du patient ou dans la filière de soins coordonnée par le médecin traitant (cf exceptions ci-après).

Figure II : Principales conditions d'application de la télémédecine – Source : rapport 2018 HAS « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise »

Condition	Description	Texte de loi (code de la santé publique)
Règles de droit commun sur l'exercice de la médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement libre et éclairé du patient 	L. 1111-2 L. 1111-4 R. 6316-2
	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la vie privée et du secret médical • Respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité • Respect des règles d'échange et de partage d'information 	L. 1110-4 L. 1111-8 R. 6316-3 R. 6316-10
	<ul style="list-style-type: none"> • Authentification des professionnels de santé • Identification du patient • Accès aux données médicales nécessaires pour les professionnels de santé • Formation ou préparation du patient 	R. 6316-3
	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue du dossier patient (compte-rendu, actes, prescriptions, identité, date et heure, incidents techniques) 	R. 6316-4
	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des conditions d'exercice/autorisations d'exercice • Obligation d'assurance 	L. 4111-1 L. 4112-7 R. 6316-7 L. 1142-2
Règles propres à l'activité de télémédecine	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national ou CPOM ou CAQCS ou autre contrat avec l'ARS 	R. 6316-6 R. 6316-7
	<ul style="list-style-type: none"> • Convention entre organismes et professionnels de santé intervenant 	R. 6316-8
	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et compétences des professionnels de santé pour l'utilisation des dispositifs 	R. 6316-9

Afin de garantir la qualité du suivi, le patient doit être connu du téléconsultant (médecin traitant ou spécialiste qui réalise la téléconsultation). Autrement dit, le patient doit avoir bénéficié d'au moins une consultation physique au cours des 12 derniers mois précédant la téléconsultation. Dans le cas inverse et en dehors des exceptions au parcours de soins (accès direct spécifique pour certaines spécialités, patient âgé de moins de 16 ans, urgence ...), la téléconsultation ne sera pas remboursée. L'avenant n°6 à la convention médicale et la décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pose une exception à ce principe notamment lorsque les patients ne disposent pas de médecin traitant. Dans ce cas, le recours à la téléconsultation est assuré dans le cadre d'organisations territoriales (maisons de santé, centres de santé, etc.).

Déploiement de la téléconsultation

Expérimentation de télémédecine et de la téléconsultation

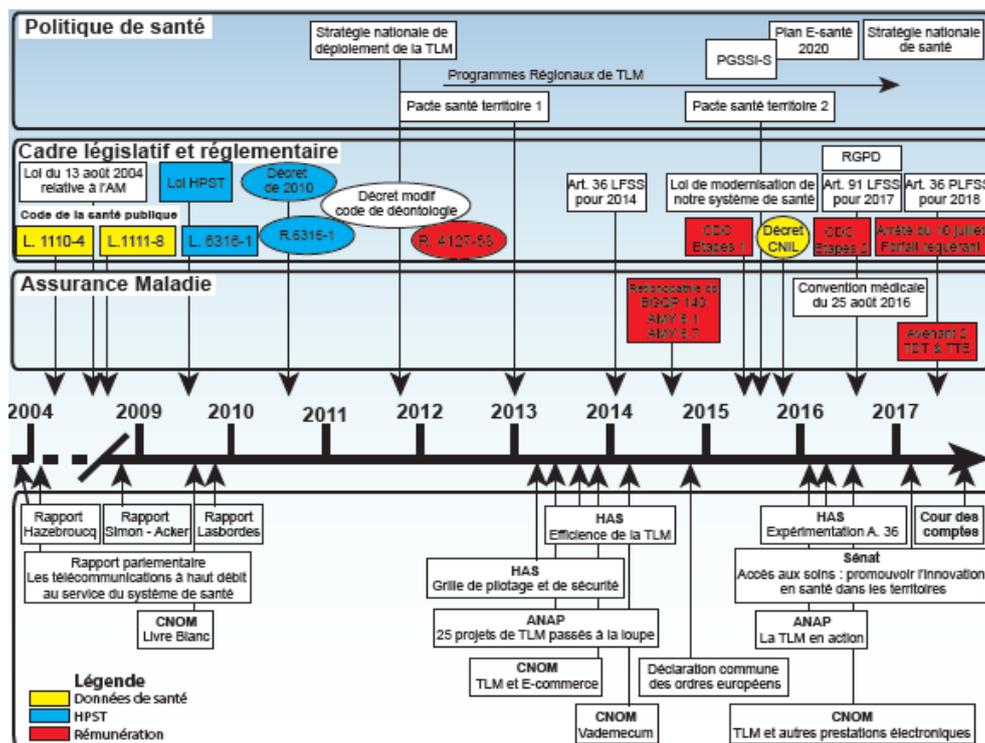
Le plan stratégique de déploiement de la télémédecine lancé fin 2010 a initié une politique volontariste en faveur du développement de la télémédecine et identifié cinq chantiers prioritaires dont l'un était les soins en structure médico-sociale. Pourtant, dans son recensement des projets de télémédecine de 2013, la DGOS a mis son faible déploiement dans le secteur médico-social (moins de 10% des projets en phase de conception ou opérationnelle) du fait notamment de l'absence de dispositif de rémunération des actes. Afin d'encourager le déploiement de la télémédecine en dehors de l'hôpital, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une période d'expérimentation de 4 ans dans des régions pilotes pour des actes de télémédecines réalisées - sur la base de contractualisation/conventionnement volontaire - en ville ou en médico-social, financés par des crédits fléchés FIR. Un bilan de ces expérimentations (composantes d'un programme nommé ETAPES) a été dressé par la HAS dans un rapport de septembre 2016.

Remboursement des actes de téléconsultation

Entre 2013 et 2017, trois actes ont été ajoutés à la liste des remboursements figurant dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ; dont la téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur le territoire sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et/ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital rendu possible par décision du 7 septembre 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNACAM). En outre, l'article 54 de la loi de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a abrogé l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et mis fin aux expérimentations de télémédecine à partir du 1er janvier 2018. Il a notamment été précisé à l'article L. 162-14-1

du code de la sécurité sociale que la téléconsultation doit obligatoirement être mise en œuvre par vidéotransmission. Cet article a également inscrit la prise en charge financière dans un cadre de droit commun au remboursement par l'Assurance Maladie pour les actes de téléconsultation et de télé-expertise réalisés en ville ou à l'hôpital. Les arrêtés du 1er et 16 août 2018 précisent les conditions de réalisation et de prise en charge de ces actes. La téléconsultation entre donc le 15 septembre 2018 dans le droit commun de la prise en charge des actes médicaux par l'Assurance maladie (avenant n°6 à la convention médicale) et se déploie pour tous sur l'ensemble du territoire (celle-ci n'est plus soumise à l'obligation d'une contractualisation avec l'ARS ou à l'inscription dans un CPOM). Les téléconsultations sont donc aujourd'hui facturées suivant les tarifs en vigueur pour les consultations présentes (majorations comprises) c'est-à-dire une rémunération de 25 euros pour les généralistes et de 30 euros pour les spécialistes. Cette évolution réglementaire a favorisé l'entrée sur le marché d'une multitude d'acteurs privés proposant des plateformes et/ou services de télémédecine.

Figure III : Evolution du corpus juridique, législatif, réglementaire de la télémédecine – Source : Estelle Nicaud, Maxime Thorigny. Dec 2017



Assouplissement de la téléconsultation

Face à la sursollicitation du corps médical, à l'accroissement des risques de contagion des soignants et du non-recours médical nourrie de l'angoisse des patients, le gouvernement a souhaité faciliter la prise en charge des malades de la Covid-19 via la télémédecine. Deux

décrets parus au Journal officiel le 10 mars 2020 et le 20 mars 2020 précisent les mesures dérogatoires à l'avenant n° 6 encadrant le recours à la téléconsultation - prévues initialement jusqu'au 30 avril puis prolongées par l'ordonnance du 17 juin jusqu'à fin décembre 2020. Le premier décret lève l'obligation de respecter le parcours de soins coordonné et la connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant. Concrètement, pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints de la Covid-19, l'Assurance maladie prend en charge la téléconsultation à 100 %, quel que soit le motif. Les deux décrets autorisent le remboursement dérogatoire des actes de télésuivi infirmier des personnes atteintes par le coronavirus, et des sages-femmes pour les femmes enceintes. En outre, la possibilité est alors offerte - en cas d'absence de moyens de visio-conférence - de réaliser la téléconsultation – ou le télésoin - par téléphone pour les patients susceptibles d'être atteints du coronavirus, ainsi que pour les personnes de plus de 70 ans, les ALD, et les résidents en zone blanche.

Sources :

ASIP Santé (2019), *Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine. Etude comparative sur le développement de la télémédecine à l'international*. [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP TLM Etude comparative developpement telemedecine international VF2.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_TLM_Etude_comparative_developpement_telemedecine_international_VF2.pdf)

Estelle N. & Thorigny M. (2017), L'évolution du corpus juridique, législatif et réglementaire de la télémédecine. Une analyse historique inductive. 10e Congrès Européen de la SFTélémed – Ambulatoire et Domicile : Les enjeux de la télémédecine. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02052333/document>

HAS (2018), *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise*. Rapport d'élaboration de la fiche mémo. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport_delaboration_de_la_fiche_memo_teleconsultation_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-04-50_363.pdf

HAS (2018), *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise*. Fiche mémo. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf

Annexe 2 : Etat des lieux des téléconsultations via OurGHT*

Nombre de téléconsultations OurGHT réalisées en 2019 pour les 36 EHPAD équipés (absence de données pour les 8 restant)

EHPAD	Nb de téléconsultations en 2019	Statut	Capacité d'hébergement totale
EHPAD 1*	Aucune	Public	54
EHPAD 2*	Aucune	Public	136
EHPAD 3*	Aucune	Public	137
EHPAD 10*	Aucune	Public	75
EHPAD X*	Aucune	Privé non lucratif	73
EHPAD Y*	Aucune	Privé non lucratif	60
EHPAD Z*	Aucune	Public	74
EHPAD 4*	Entre 1 et 5	Public	108
EHPAD 7*	Entre 1 et 5	Public	130
EHPAD 5*	Entre 1 et 5	Public	84
EHPAD 6*	Entre 1 et 5	Public	205
EHPAD V*	Entre 1 et 5	Privé lucratif	62
EHPAD U*	Entre 1 et 5	Privé non lucratif	74
EHPAD T*	Entre 1 et 5	Privé non lucratif	60
EHPAD S*	Entre 1 et 5	Privé non lucratif	62
EHPAD R*	Entre 1 et 5	Privé non lucratif	62
EHPAD Q*	Entre 1 et 5	Privé non lucratif	53
EHOAD P*	Entre 1 et 5	Public	67
EHPAD O*	Entre 1 et 5	Public	40
EHPAD N*	Entre 1 et 5	Public	55
EHPAD 8*	Entre 5 et 10	Public	275
EHPAD M*	Entre 5 et 10	Privé non lucratif	75
EHPAD 9*	Plus de 10	Privé lucratif	72
EHPAD L*	Plus de 10	Public	85
EHPAD K*	Plus de 10	Public	125
EHPAD J*	Plus de 10	Public	63
EHPAD I*	Plus de 10	Privé non lucratif	96
EHPAD H*	Plus de 10	Privé lucratif	61

Nombre total de téléconsultations :

102 TLC en 2018 sur 16 EHPAD équipés (dont 47 réalisées par Vandart*)

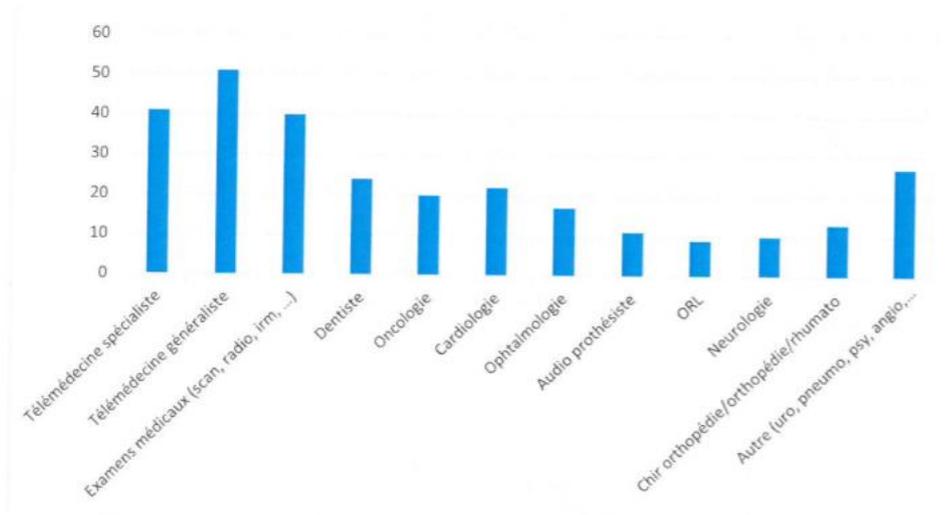
221 TLC en 2019 sur 36 EHPAD équipés (dont 92 avec Vandart*)

Extrait du rapport d'activité sur les téléconsultations OurGHT de l'EHPAD de Vandart* envoyé à l'ARS

1.1.1. Accessibilité aux différentes spécialités médicales

La gestion des rendez-vous avec les médecins spécialistes ainsi que l'organisation des transports, est à la charge de l'infirmière sur prescription des médecins traitants ou des spécialistes.

L'accès à la télé médecine en médecine spécialiste depuis mai 2018, permet un accès aux spécialités de diabétologie, plaie et cicatrisation, dermatologie, gériatrie et générale. **La télé médecine représente plus de 32% de nos rendez vous spécialistes en 2019, ce qui constitue 92 consultations dont 51 générales.** La télé médecine est une solution pour améliorer la continuité des soins. C'est également un outil qui permet aux soignants, des échanges en direct avec les spécialistes, tout en diminuant les transports sanitaires optimisant ainsi le confort de vie et le suivi des résidents.



Répartition du nombre des rendez vous en 2019 en fonction des spécialités médicales

Annexe 3 : Guide d'entretiens

Introduction / Entrée en matière

- Décrire qui je suis ? (élève directrice à l'EHESP)
- Mon objectif? (étudier les freins au recours à la téléconsultation via OurGHT* dans les EHPAD et déterminer quelques solutions pour les dépasser)
- Réassurance sur la confidentialité quant au matériel recueilli et l'identité des participants à la recherche (anonymisation des personnes et du territoire)

Contexte : Rôle et responsabilités du répondant

Pourriez-vous préciser, en quelques mots, quel est votre rôle et responsabilités au sein de votre organisation ?

Historique du projet de télémédecine

Décrivez-moi le déroulement du projet, ce que vous en savez à votre niveau? Nous allons commencer par le début : quand pour la 1^{ère} fois avez-vous entendu parler du projet de télémédecine ? Quelles étaient les circonstances ? Avez-vous été impliqué dans sa conception et/ou son déploiement ?

Particularités de la solution OurGHT*

Quelle est la particularité/singularité de la solution OurGHT* par rapport à d'autres existantes en matière de télémédecine ?

- Qu'est-ce que OurGHT* ?
- Quel est l'origine et l'instigateur du projet de OurGHT* ?
- En quoi OurGHT* est-il différent des autres dispositifs existants ?
- En quoi OurGHT* est-il plus adapté ou non que les autres dispositifs existants ?
- En quoi OurGHT* a-t-il été une réussite et/ou un échec pour les EHPAD ?

Difficultés initiales rencontrées avec OurGHT*

Quelles sont les difficultés rencontrées au moment de la conception/mise en place de la solution OurGHT*, notamment dans les EHPAD ?

- Quelles sont les principales difficultés rencontrées au moment de sa conception vs. mise en œuvre (en particulier pour les EHPAD) ?
- Quel a été son accueil par les médecins (spé/trantant/coordo), par les équipes (différences notables entre AS/IDE ?), par les résidents (consultés ou non ?) ? pk ?
- Quelles seraient les principales causes de son échec dans les EHPAD (les prioriser)?

- S'agit-il de blocages financiers, techniques, RH, socio-démo, et/ou culturels, etc. ?
- Y-a-t-il des facteurs sociodémographiques spécifiques au territoire à prendre en compte dans un tel projet de télémédecine (notamment concernant l'offre médicale) ? Cela a-t-il été fait ? Cela a-t-il été un frein ?
- Y-a-t-il des facteurs culturels/psychologiques expliquant les difficultés rencontrées par le dispositif OurGHT* (côté médical en fonction des spécialités/paramed/usagers PA)?
- Quel rôle les résidents d'EHPAD ont-ils eu dans la conception puis le déploiement de OurGHT* ? Quel rôle auraient-ils pu avoir ? Pourquoi ?
- OurGHT* partage-t-il des difficultés communes avec d'autres dispositifs inhérentes à la télémédecine/téléconsultation ? ou sont-elles toutes singulières ?
- Quel rôle peut jouer OurGHT* dans la crise de la Covid-19 ? A-t-il joué ce rôle ? Pourquoi ?

Difficultés actuelles rencontrées avec OurGHT*

Quelles sont les difficultés qui ont été dépassées, celles qui ont persisté, voire les nouvelles difficultés rencontrées au fil du temps ?

- Où en est l'état d'avancement/développement de OurGHT* aujourd'hui ?
- Quelles difficultés ont été dépassées, ont persisté, ont émergé ?
- Quels sont les principaux points de blocages actuels (prioriser)?
- Quel serait l'avenir de OurGHT* (en particulier pour les EHPAD) ?
- Quelles seraient les 3 principales erreurs à ne plus faire à l'avenir ?
- Que penser de la solution proposée Otis pour la téléconsultation ? De son articulation avec OurGHT* (complémentarité ou substitution ?)

Pistes de solutions proposées

Quels sont les principaux facteurs clés de succès / solutions pour dépasser ces difficultés ?

- Que faudrait-il faire pour y remédier ?
- Quels sont les principaux facteurs clefs de succès pour un dépassement (prioriser) ?
- Quel autre exemple de succès d'EHPAD en télémédecine citer (en particulier dans la région) ? pourquoi ont-ils réussi ?
- OurGHT* peut-il intégrer tous ces changements ? Doit-il être repensé ? comment ?
- Quelles seraient les 3 principales leçons à retenir à l'avenir ?
- Quels conseils donner à des EHPAD souhaitant se lancer dans de la téléconsultation ?

Annexe 4 : Liste des personnes interrogées

	Fonction	Codage fonction	Spécialité	Etablissement(s)	Date(s)	Type
E1	Directeur	(D)	EHPAD	EHPAD 1-2-3*	20/02 – 15/05	formel, en présentiel
E2	Médecin	(M)	Santé publique	CHTL*	20/02 – 14/05	informel, en présentiel
E3	Directeur	(D)		EHPAD 1-2-3*	21/01 – 10/06	en présentiel
E4	Thésard	(T)		CHTL*	26/02	informel, en présentiel
E5	Médecin (Dr VM*)	(M)	Généraliste et urgentiste	CHTL*	03/03	informel, en présentiel
E6	Médecin	(M)	Gériatre	EHPAD 1-2-3*	09/03	informel, en présentiel
E7	Médecin	(M)	Urgentiste et PCME	EHPAD*	30/04	informel, en présentiel
E8	Médecin	(M)	Médecin du DIM	CHTL*	07/05	informel, en présentiel
E9	Directeur	(D)	DS	EHPAD 1-2-3*	15/05	formel, en présentiel
E10	Encadrement	(E)	Cadre supérieur de santé en EHPAD	EHPAD 1-2-3*	15/05	formel, en présentiel
E11	Encadrement	(E)	Cadre	EHPAD 1*	20/05	formel, en présentiel
E12	IDE	(I)	EHPAD	EHPAD 1-2-3*	26/05	formel, en présentiel
E13	Médecin	(M)	Médecin coordonnateur	EHPAD 3*	28/05	formel, en présentiel
E14	Directeur	(D)	Ancien DSI	CHTL*	03/06	Informel, par téléphone
E15	Directeur	(D)	EHPAD	EHPAD 4-5*	05/06	formel, par téléphone
E16	Médecin (Dr N*)	(M)	Généraliste	EHPAD 6*	08/06	formel, par téléphone
E17	Médecin (Dr H*)	(M)	Généraliste (co-fondateur Télémédecin* solution)	Hors HCS	09/06	formel, par téléphone
E18	Médecin (Dr M*)	(M)	Généraliste	EHPAD 6*	09/06	formel, par téléphone
E19	Directeur	(D)	DG	CHTL*	11/06	formel, par téléphone
E20	Encadrement	(E)	Cadre supérieur de santé en EHPAD	EHPAD 7*	15/06	formel, par téléphone
E21	Médecin	(M)	Gériatre et PCME	CHTL*	17/06	formel, par téléphone
E22	Médecin	(M)	Médecin coordonnateur	EHPAD 8*	19/06	formel, par téléphone
E23	Directeur	(D)	DSI	CHTL*	21/06	formel, par téléphone
E24	Résident	(R)	EHPAD	EHPAD 1-2-3*	22/06	informel, en présentiel
E25	Résident	(R)	EHPAD	EHPAD 1-2-3*	22/06	Informel, en présentiel
E26	Encadrement	(E)	Cadre supérieur de santé en EHPAD	EHPAD 9* (Vandart*)	25/06	formel, par téléphone
E27	Directrice	(D)	EHPAD	EHPAD 10-11*	28/06	informel, en présentiel
E28	Autorité	(A)	ARS		06/07	formel, par téléphone
E29	Autorité	(A)	CPAM		15/07	formel, par téléphone
E30	Autorité	(A)	CD		15/07	formel, par téléphone

Annexe 5 : Retranscription complète d'un entretien

Entretien avec la cadre de santé de l'EHPAD de Vandart* ayant participé au déploiement de la solution OurGHT*

-Q1 : Quelles sont les particularités de la solution OurGHT* téléconsultation ?

« En 2018, il ne restait plus que 3 médecins traitants sur Vandoeuvre : un a déménagé, l'autre allait partir à la retraite ; donc il n'en resterait finalement plus que un qui voyait 8 résidents sur les 72 de l'établissement. Même si il y avait un médecin coordonnateur intervenant quand même à mi-temps, il commençait à y avoir un problème de suivi médical. Une prise de contact a donc été faite prise avec le Directeur général du CHTL* avant le départ à la retraite de l'un d'eux pour commencer à aborder la question de la télémédecine, au moment où l'idée de OurGHT* commençait justement à émerger. Pour moi, il y avait 3 acteurs autour de ce projet : le Directeur général du CHTL*, l'ancien Directeur des systèmes (DSI) d'information du CHTL* et le Dr VM*. OurGHT* a été présenté par le DSI de l'époque comme le fait de développer de la téléconsultation au niveau du territoire avec l'objectif aussi d'équiper les EHPAD du département. L'EHPAD de Vandart* a été pris comme établissement test pour faire des essais sur le logiciel et sur la prise de rdv en ligne via l'agenda partagé afin de voir ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas. Une étude des besoins a été réalisé au départ pour pointer du doigt les difficultés médicales, liées notamment aux difficultés de transport, le CHTL* se trouvant déjà à 20 minutes de l'EHPAD. L'EHPAD de Vandart* a donc évolué avec l'outil et on a essuyé les plâtres ».

« [...] OurGHT* a été le premier dispositif télémédecine que nous avons connu, il est donc rentré dans nos habitudes de travail ; là où d'autres travaillent avec des chariots de téléconsultations ou avec Médecinelib* qui émerge partout par simple utilisation d'internet avec une tablette ou un ordinateur. Du côté de notre groupe privé commercial, la téléconsultation est entrain de se mettre en place. L'avantage principal pour nous de OurGHT* par rapport à une autre solution de télémédecine c'est le fait que cette solution a été créé et chapotée – en lien avec nous - par le CHTL* – notre établissement de référence - avec le Dr VM*, qui a pris son bâton de pèlerin et de son temps pour convaincre ses confrères médecins. C'est un outil aussi très intéressant et utile puisqu'il y a bien des médecins présents au bout, ce qui permet vraiment d'avoir un échange direct. Aujourd'hui, les IDE connaissent très bien les médecins qu'elles ont eu bout du fil. Donc les deux avantages principaux sont la création d'une relation partenariale de travail mutuel entre les

deux parties avec une meilleure connaissance des résidents pour les médecins au bout et une montée en compétences des IDE de l'EHPAD qui s'adaptent aux demandes et aux questions posées par les médecins avec une certaine routinisation des habitudes de travail. Tous les résidents bénéficient aujourd'hui d'un suivi régulier, d'une évaluation médicale et d'un suivi chronique, notamment grâce à des RDV en gériatrie, plaie – cicatrisation et diabétologie – ce qui n'était pas le cas avant. OurGHT* est vraiment une réussite pour nous ; heureusement qu'on a pu avancer et on a toujours été très investis en ce sens. On a toujours été là pour tester une nouvelle consultation et un nouveau médecin. Cela nous a permis d'augmenter la qualité du suivi médical de nos résidents. Tout le monde était convaincu : encadrement, directrice, médecin coordonnateur, IDE participants au projet et une en particulier impliquée comme référente. L'IDE référente – aujourd'hui en reconversion professionnelle dans un autre établissement – participait aux réunions, était donc l'échange et s'assurait que toutes les IDE étaient formées (4 concernées). Son rôle était référent prégnant au début du projet pour former ses paires et informer, mais maintenant que la téléconsultation est ancrée dans les pratiques, il n'y a plus besoin de référent ».

« [...] Du côté des IDE, une communication rapide a été faite puisqu'elles étaient les premières concernées. On a donc très rapidement mis en place une communication à destination de l'ensemble de l'équipe soignante, et on a également communiqué largement auprès des familles via un PDF pour expliquer le lancement du projet puis quand cela a été installé, il a fallu rapidement leur expliquer par courrier comment cela allait se passer et proposer plutôt de privilégier la téléconsultation aux transports. Aujourd'hui, cela est directement intégré dans le contrat de séjour. Du côté des résidents, il a fallu les mettre au courant via leurs représentants au CVS mais nous avons également produit un document synthétique pour expliquer comment cela fonctionnait avec ses avantages ».

-Q2 : Quelles sont les difficultés rencontrées au départ avec cette solution ?

« Il y a des difficultés techniques importantes, un grand facteur techno qui joue, avec des inégalités numériques : on croit qu'aujourd'hui que tout le monde a internet ou la fibre alors que c'est faux ; que l'établissement soit public ou privé. Déjà avoir accès c'est bien mais avoir le débit nécessaire est encore autre chose. On a tout tenté avec la Wifi, maintenant on fonctionne avec une clef 4G [...] Au début on a essuyé pas mal de plâtres puisqu'après avoir décroché avec le médecin, la connexion ne se faisait pas. On échangeait donc toujours les numéros de téléphones entre l'IDE et le médecin pour se tenir au courant en cas de difficultés de connexion. Il était donc nécessaire au départ de se roder avec la technique et d'avancer au fur et à mesure ensemble [...] « Aujourd'hui OurGHT* n'est pas en lien avec

notre logiciel médical donc les IDE doivent retranscrire à chaque fois les données médicales dans les dossiers. L'ordonnance doit être imprimée et donnée à la pharmacie. »

« Dans les difficultés de mise en place, il y a eu la dermatologie. En effet, elle faisait partie des annonces faites lors du lancement du dispositif mais cela n'a jamais accroché avec le médecin. C'était un gros point qu'il serait intéressant à avoir mais le fait de bénéficier de consultation nous a offert du chronique et un suivi. [...] Tout au début, on a rencontré des difficultés à honorer les rdv car il n'y avait personne au bout du fil, on allait jusqu'à échanger les numéros de téléphones car il y avait aussi des soucis technique du côté des médecins. Il n'y a pas beaucoup de médecins, on savait bien au début qu'on n'allait pas avoir tous les médecins au bout du fil. Avec déjà quelques spécialistes cela nous a aidé à lancer [...] ».

« Au début, le médecin traitant qu'il nous restait n'était pas trop d'accord que le résident voit un autre gériatre que celui avec lequel il avait l'habitude de travailler. On a donc dû lui expliquer que les téléconsultations permettaient au résident d'être accompagné de l'IDE qui va pouvoir mieux renseigner le médecin sur le résident - ce qu'on ne peut pas toujours avoir sauf à faire un écrit - car l'IDE ne peut pas accompagner en transport tous les résidents à tous leurs rdv médicaux. Il a donc fini par accepter et les tests ont été concluants. [...] la téléconsultation n'est possible que si accord préalable du médecin traitant, or beaucoup de résidents de l'EHPAD n'avaient pas de médecins traitants. De ce fait, le dispositif n'était pas possible à mettre en œuvre, on n'avait pas le choix de ne pas avoir un suivi pour nos résidents. Aujourd'hui, je ne n'ai pas cherché à comprendre mais c'est le médecin coordonnateur qui fait la prescription ou qui la valide obligatoirement ; on a également évolué en travaillant avec Télémédecins solution* pour avoir des prescriptions de télémédecine par des médecins traitants [...] « on n'a jamais constaté de soucis culturels liés à l'outil de la part des médecins spécialistes du CHTL* car c'étaient toujours ceux qui travaillaient avec le Dr VM*, on était juste mis au courant de l'arrivée d'un nouveau médecin et on s'arrangeait pour faire les tests avec lui ».

-Q3 : Quelles sont les difficultés persistantes ou nouvelles actuellement ?

« Toutes les difficultés énoncées précédemment ont évolué ; avec une diversification de l'offre grâce à la crise sanitaire, un investissement fait par l'EHPAD dans une clef 4G pour réaliser les téléconsultations et un abonnement à une carte SIM pour avoir un débit plus constant que notre Wifi et d'un point de vue légal avec le fait que le médecin coordonnateur puisse prendre le relai en absence de médecin traitant. Avant la crise de la Covid-19, il n'y avait que 3 types de consultations de proposées, depuis cela s'est accéléré avec des téléconsultations proposées en neurologie et cardiologie, on espère que cela va pouvoir

encore s'élargir au vu du succès. Aujourd'hui il n'y a donc plus trop de difficultés. En moyenne, on réalise 4 à 5 téléconsultations par semaine ou même parfois 10 car avec la crise sanitaire, tout rendez-vous pouvant être réalisé à distance a été fait en téléconsultation. »

-Q4 : Quelles sont les pistes de solutions pour dépasser ces problèmes ?

« Pourquoi cela fonctionnerait mieux à Vandart* ? Je pense que c'est parce qu'on avait un gros besoin de médecins traitants et qu'on est éloigné du CHTL*, il fallait donc trouver des solutions. Aussi les IDE étaient dans le demande car sinon elles n'avaient pas de réponse à leurs questions ; elles ont donc vu l'avantage très rapidement ; au départ, comme elles n'avaient pas l'habitude de travailler avec ces médecins il y avait des questions auxquelles elles ne savaient pas répondre puis rapidement une relation de confiance s'est mise en place et elles sont montées en compétences. Au début, elle se demandait - à juste titre - comment elles allaient avoir le temps de faire des téléconsultations puis quand elles en ont eu besoin et que les créneaux horaires ont été définis, elles ont pu adapter leur temps de travail (par exemple réaliser les téléconsultations les mardis après-midi) [...] ».

« Le groupe privé auquel on appartient avance de son côté sur la téléconsultation pour permettre aux médecins d'avoir un accès direct au dossier médical, qu'ils puissent prescrire directement dans le dossier. On commence à se faire équiper de stéthoscopes connectés avec une autre solution proposée par le groupe. Si la solution de téléconsultation pouvait être connectée avec des outils, cela permettrait de diversifier l'offre. Entre ce que le groupe propose et ce qu'on fait déjà avec OurGHT*, on est aujourd'hui très autonome sur l'usage des téléconsultations et le suivi médical de nos résidents. On n'a pas l'intention aujourd'hui d'arrêter OurGHT*, on prend ce que fait OurGHT* et on le combine à ce que propose Colisée pour maximiser notre nombre d'interlocuteurs médicaux au bout du fil. [...] pour le moment, honnêtement, on n'a pas encore testé le matériel proposé par le groupe, ce qui importe c'est ce qui fonctionne maintenant avec les généralistes et les spécialistes ».

« Ce qui manque à OurGHT* c'est au niveau du logiciel médical, la création d'un DMP ou l'ouverture du DMP, ce qui serait parfait ce serait qu'un lien soit fait entre OurGHT* et notre logiciel médical (Titan) ». Mais avec la technique c'est plus facile à dire qu'à faire donc cela ne se fera pas facilement puisque chaque maison de retraite a un logiciel médical différent ». Donc si on avait en plus l'accès au DMP et au logiciel médical via OurGHT* cela serait parfait, mais on travaille aujourd'hui déjà très bien ».

Annexe 6 : Résultats brutes de l'analyse thématique des entretiens

Légende :

D1	Difficulté priorisée en N°1
D2	Difficulté priorisée en N°2
D3	Difficulté priorisée en N°3
D4	Difficulté priorisée en N°4

S1	Solutions priorisée en N°1
S2	Solutions priorisée en N°2
S3	Solutions priorisée en N°3
S4	Solutions priorisée en N°4

(D)	Entretien réalisé auprès d'un Directeur
(M)	Entretien réalisé auprès d'un Médecin
(E)	Entretien réalisé auprès d'un Encadrant (cadre ou cadre sup)
(A)	Entretien réalisé auprès d'une Autorité (ARS, CD ou CPAM)
(R)	Entretien réalisé auprès d'un(e) résident(e)
(I)	Entretien réalisé auprès d'un IDE
(T)	Entretien réalisé auprès d'un thésard

Extrait N°1 de l'Excel des résultats de l'analyse thématique des entretiens (onqlet difficultés)

Thèmes		Sous-thèmes	Étiquettes	Sous-étiquettes	E1 (D)	E2 (M)	E3 (D)	E28 (A)	E29 (A)	E30 (A)	Nb d'occurrence	Nb fois en D1	Nb d'occurrence si (M)	Nb d'occurrence si (E)			
FACTEURS ENDOGENES	Difficultés liées à l'outil	Difficulté techniques	Mauvaise qualité du logiciel	Perte de temps liée aux réactualisations fréquentes à réaliser					D1		3	2	0	1			
				Mauvaise ergonomie du logiciel (peu intuitif, concurrence d'autres logiciels)								3	1	3	0		
			Mauvaise qualité du matériel	Mauvaise résolution des caméras connectées (qualité "médiocre")									2	2	2	0	
				Absence de son (micro non fonctionnel ou non réactivable)									1	0	0	1	
				Temps de lancement de l'ordinateur (min 20 minutes avant utilisation)	D6						D1		5	3	2	0	
		Difficultés logistiques	Mauvais choix de local	Absence d'appareils connectés (stéthoscope voire électrocardiogramme)		D3							5	0	3	0	
				Connexion défaillante (bande passante insuffisante, coupure pendant la téléconsultation)		D4		D1	D1			12	6	6	2		
			Equipement non mobile	Absence d'interfaçage (DMP, logiciel(s) de soins, interface(s) des professionnels de santé)									2	1	1	1	
				Délai d'intervention de la maintenance								D2	2	0	1	0	
				Code d'accès perdu ou oublié par les IDE									2	1	1	1	
		Sous-total occurrences colonne											55				
		Difficultés liées à la structuration du projet	Difficultés de portage	Manque d'identification des acteurs (porteurs et relais) et de leurs rôles	Absence de "leadership" médical (porteur médical identifié et interlocuteur(s) parmi les spécialistes)			D1					3	2	2	0	
					Changement du DSI au moment du déploiement								1	0	1	0	
					Peu voire pas d'implication des médecins traitants ("hospitalo-centré")									4	1	3	0
					Peu d'implication des cadres dans le déploiement			D1						2	1	0	1
	Peu d'implication des équipes soignantes dans le déploiement (pas d'IDE référente)				D1								2	2	0	0	
	Absence de clarification des rôles entre les médecins coordinateurs et les spécialistes						D1						2	1	1	0	
	Difficultés d'accompagnement		Formations ponctuelles, éparées voire inexistantes	Absence de formation de toutes les IDE (à charge de former les autres et de se coordonner entre elles)							D2		2	0	1	0	
				Absence de formation à destination des médecins traitants/généralistes ("débrouille")							D2		2	0	1	0	
				Absence de prise en compte des disponibilités des acteurs (not. IDE et MedG) pour fixer les formations									2	1	0	1	
	Difficultés de communication		Absence d'outils d'accompagnement et de formalisation	Faiblesse de l'accompagnement proposé (priorité surtout mise sur l'équipement rapide des EHPAD)									2	1	0	0	
				Absence ou insuffisance de(s) support(s) technique(s) d'aide aux utilisateurs (protocole, supports, lien DPC)							D2		3	0	2	0	
				Communication insuffisante auprès des différents acteurs (intérêt, modalités, etc.) not. auprès des MedG	D1								3	2	0	0	
	Difficultés liées au projet médical		Manque de visibilité sur l'offre	Communication ponctuelle, éparse voire inexistante	Absence de réunion de présentation sur chaque site								1	0	1	0	
				Faiblesse de la communication institutionnelle organisée par l'ARS et la CPAM									1	1	0	0	
Absence de brochure(s) explicative(s) à destination des parties prenantes (not. MedG et MedCo, usagers)												3	1	2	0		
Sous-total occurrences colonne											63						

Extrait N°2 de l'Excel des résultats de l'analyse thématique des entretiens (onglet difficultés)

FACTEURS EXOGENES		Difficultés liées à l'environnement du projet		Difficultés liées à la réglementation										Difficultés liées au financement					
				Pratiques déviantes		Pratiques concurrentes		Pratiques ancrées (personnel-dépendant)		Méfiance par rapport à la finalité du projet		Difficultés motivationnelles		Sous-total occurrences colonne		Sous-total occurrences colonne			
Difficultés liées aux ressources PM PNM	Difficultés liées aux ressources PM PNM	Ressource médicale insuffisante	Absence de médecin coordinateur en relai sur site ("porte d'entrée principale")	D2	D2	D2									4	0	1	1	
			Pas ou peu de disponibilité de certains spécialistes (délai d'attente long, rdv non honoré)				D3	D4								8	3	1	2
			Incapacité à allouer davantage de temps spécialiste (pas assez de médecins spécialistes)										D1			2	1	1	0
			Insuffisance de médecins traitants pour faire les prescriptions de téléconsultation													2	0	0	2
			Manque de disponibilité du médecin coordinateur se former et se coordonner avec les spécialistes													1	0	1	0
			Taux de rotation élevé des IDE ("équipes tournantes": difficultés de recrutement et de fidélisation)													3	0	1	1
	Ressource paramédicale insuffisante	Manque de disponibilité des IDE ("pas économe en tps IDE", pas de temps dédié, adaptabilité ++)	D5												8	2	4	2	
		Manque d'effectif IDE dans les EHPAD					D2								2	0	0	1	
															4	0	1	1	
	Difficultés liées à la réglementation	Recours freiné par la réglementation	Obligation d'avoir une prescription médicale préalable	D3											4	0	1	1	
			Nécessité d'avoir réalisé une visite préalable en présentiel	D3											1	0	0	0	
		Manque d'adaptation à la réglementation	Absence d'évolution en lien avec la réglementation (obligation d'intéropérabilité avec le DMP)												2	1	2	0	
	Difficultés liées au financement	Modèle économique fragile	Modèle financier insuffisamment réfléchi en amont (coût de maintenance, frais de développement, etc.)												1	1	1	0	
			Crédit insuffisant pour aller au bout de l'interopérabilité de l'outil												1	0	0	0	
		Frais résiduels à la charge des EHPAD (coût de maintenance, frais de "hotline")									D3	D2			4	0	1	0	
	Sous-total occurrences colonne																		
	Difficultés liées aux acteurs	Difficultés liées à l'usage	Pratiques déviantes	Détournement de l'usage du PC dédié par les agents												1	0	1	0
				Habitude des médecins traitants de se déplacer												1	0	0	0
			Pratiques concurrentes	Recours aux consultations spécialisées directement sur site (pas le réflexe téléconsultation)				D3								5	1	1	3
				"Inertie" de fonctionnement des médecins et/ou IDE (refus de changement/nouveauté)									D3			5	1	1	0
Pratiques ancrées (personnel-dépendant)			Dépendant de la pratique des MedG plutôt habitués à fonctionner seul (sans regards croisés)												1	0	0	0	
			Dépendant des pratiques de suivi du médecin coordinateur (suivi régulier ou non, jusqu'au bout ou non)												1	0	0	1	
		Absence ou perte de la maîtrise de l'outil informatique par les agents (appréhension ++)					D2				D3			5	1	1	2		
		Dépendant de l'âge et/ou de l'appétence en informatique du médecin												2	0	1	0		
Difficultés motivationnelles		Méfiance par rapport à la finalité du projet	Volonté de certains EHPAD de garder leur liberté de choix d'équipement (prudence vis-à-vis de l'hôpital)										D3	D4	2	0	0	0	
			Refus d'un outil numérique pour pallier la désertification médicale (not. des MedG et gériatres)												2	1	1	0	
			Refus d'un glissement de tâches vers les IDE / des IDE spécialisées ("pas leur rôle/ leur job")												1	0	1	0	
			Refus d'une solution gain de temps au détriment du tps des IDE ("sur le dos" des IDE)												1	0	1	0	
		Apport perçu comme inexistant ou relatif	Perception de l'outil comme d'un moyen de capter de la patientèle pour l'hôpital (concurrence aux MedG)												1	1	1	0	
			Crainte des MedG d'une perte de sens clinique (absence du toucher)				D1								2	1	2	0	
			Perte de temps pour les MedG par rapport à un déplacement en présentiel						D3						1	0	0	0	
			Absence d'intérêt de MedG pour certaines spécialités (comme l'expertise gériatrique ou diabétologique)												1	1	0	0	
			Dépendant du type de spécialité médicale												1	0	1	0	
			Dépendant de la file active en présentiel du spécialiste												2	1	1	0	
	Pas de difficulté d'accès aux spécialistes													1	0	0	0		
	Sous-total occurrences colonne																		
43																			
36																			

Extrait N°3 de l'Excel des résultats de l'analyse thématique des entretiens (onqlet solutions)

Thèmes		Sous-thèmes	Etiquettes	Sous-étiquettes	E1 (D)	E2 (M)	E3 (D)	E28 (A)	E29 (A)	E30 (A)	Nb d'occurrence	Nb fois en S1	Nb d'occurrence si (M)	Nb d'occurrence si (E)		
FACETEURS ENDOGENES	Solutions liées à l'outil	Améliorer la technique	Améliorer la qualité du logiciel et l'adapter	Amélioration de la qualité de la téléconsultation (moins de coupure, prise en compte des indicateurs qualité, etc.)				S2			3	0	1	1		
				Avoir une autocritique et écouter les clubs utilisateurs pour améliorer l'ergonomie du logiciel ("éviter km de souris")								1	1	1	0	
				Mettre en place une modalité de rappel automatique des RDV sur le logiciel (comme avec Doctolib)									1	0	1	0
				S'inspirer des solutions existantes/concurrentes et de leur usage par les acteurs pour proposer qqch de commun (avec Pulsis)			S3	S2					5	1	1	1
				Consulter préalablement et impliquer les professionnels médicaux et paraméd dans la conception/usage de l'outil	S2								2	1	1	0
		Améliorer la technique	Améliorer la qualité du matériel	Donner les moyens aux professionnels avec un équipement de pointe (matériel de qualité, ADSL, etc.)					S3				4	2	0	2
				Proposer des outils connectés associés (stéthoscope et/ou électrocardiogramme et/ou montre connectée)									6	4	2	3
			Améliorer la connexion	Améliorer la connexion internet (libérer de la bande passante, avoir de la Wifi, etc.)					S2				7	4	2	2
			Développer l'interopérabilité	Permettre l'interopérabilité avec DMP, logiciel patient, e-parcours et d'autres dossiers de santé partagés (possible avec Odys)						S2			5	2	1	2
			Lever les obstacles techniques à l'accès	Faire un audit de fonctionnement (possession ID et MDP + formation réalisée) Accélérer le processus d'équipement des EHPAD du département (avec la crise Covid)					S2				2	0	1	0
	Revoir la logistique	Changer de local	Repenser la logistique avec une salle adaptée et ergonomique									1	0	1	0	
			Rendre l'équipement mobile	Développer une compatibilité avec les tablettes numériques (équipement des EHPAD pdt la crise) et/ou smartphones Proposer un matériel mobile pouvant être déplacé jusqu'au lit du résident (ex: chariot, clé 3G, etc.)								5	3	2	0	
		Sous-total occurrences colonne											44			
	Solutions à la structuration du projet	Clarifier le portage	Mieux identifier les acteurs (porteurs et relais) et leurs rôles	Identifier un pilotage clair pour le projet (pas juste le DSI et un médecin mais aussi les directeurs et les Medco)			S1					1	1	0	0	
				Faire vivre le projet dans la durée avec un protage constant et stable dans le temps			S2					1	0	0	0	
				Envisager un référent paramédical dédié aux téléconsultations (ressource pour les IDE)								1	0	1	0	
				Avoir un front médical mobilisé sur la question au niveau local (via par exemple les commissions de coordination gériatrique)			S2		S1			3	1	0	0	
				Renforcer le rôle du Medco comme "porte d'entrée" des spécialistes dans les EHPAD (faire plus de liens/échanges)		S2						2	0	2	0	
				Renforcer l'implication de tous les acteurs ("la télémédecine est l'affaire de tous")					S1			4	3	1	2	
				Définir clairement le rôle des médecins traitants / Med G								3	2	2	1	
Développer l'accompagnement		Proposer un accompagnement de proximité et régulier	Relancer des sessions de formation auprès des équipes soignantes et/ou des médecins (autonomes avec l'outil)								2	0	1	1		
			Développer un accompagnement rapproché des équipes d'EHPAD (les "bichonner", recherche une "symbiose")								1	1	1	0		
		Proposer des outils de suivi formalisés	Tracer davantage les questions/réponses entre les EHPAD et le centre hospitalier (bcp trop par tel) Obtenir des réponses rapides aux questions, avoir des règles à respecter et des procédures préétablies								2	1	1	1		
Travailler la communication		Recommuniquer largement et convaincre	Redynamiser la démarche et recommuniquer largement auprès des acteurs concernés ("projet dormant")							S1		7	5	3	2	
			Démontrer et justifier le bénéfice à percevoir pour les résidents et les professionnels ("susciter l'intérêt")							S1		5	3	2	2	
			Capitaliser sur des expériences utilisateurs positives (témoignage par les paires auprès des équipes et/ou des médecins)							S1		3	2	1	0	
		Formaliser des supports de com"	Relancer l'idée de développer des brochures de présentation du projet à destination des publics concernés								1	1	0	0		

Extrait N°4 de l'Excel des résultats de l'analyse thématique des entretiens (onqlet solutions)

FACTEURS EXOGENES	Solutions liées à l'environnement du projet	Etablir un projet médical concerté et ouvert	Rendre visible l'offre	Rappeler et clarifier grâce à une large campagne d'information sur les créneaux bloqués par les spécialistes (fait pdt la crise)								2	2	1	0			
			Faire un diagnostic partagé des besoins et des propositions	Réaliser par les EHPAD d'une auto-critique sur leur prise en charge (écart souhaitée vs. réalisée)											1	1	1	0
				Avoir un projet médical de télé-médecine cadré avec des propositions et partagé avec des medecins qui y adhèrent				S1							3	2	2	0
				Convaincre certains spécialistes de proposer des créneaux de téléconsultation (ex: en dermatologie)											2	0	2	0
				Mettre en place une concertation des équipes et du corps médical sur l'offre au regard des besoins en EHPAD	S1			S1							2	2	0	0
			Repenser la réponse médicale apportée	Proposer de la téléconsultation principalement pour réaliser les réévaluations (après des examens préalables réalisés en HDJ par exemple)											1	0	1	0
				Présenter la téléconsultation comme adéquate pour faire de la "médecine aigue" lorsque le Med G ne peut pas se déplacer											1	0	1	0
				Présenter l'équipement actuel comme suffisant pour faire de la dermatologie, la diabétologie ou les plaies-cicatrisation (pas besoin d'appareils connectés)											1	0	0	0
				S'orienter plus vers les EHPAD "isolés" sans accès facilité aux MedG / spé ou éloignés ("arme promotionnelle")											6	2	3	2
				Présenter une solution "gagnant-gagnant" pour tout le monde en tenant compte des coûts RH et financiers + confort pour les résidents											4	3	2	0
			Ouvrir l'offre sur l'extérieur	Intégrer les Med G dans les reqs pour intéresser les EHPAD (not. pour faire les ordonnances préalables et suivi médical des résidents)											5	3	1	1
				Ouvrir l'outil aux autres médecins spécialistes des environs pour avoir le maximum de spécialités proposées											2	1	1	0
	Relancer le projet d'ouverture des téléconsultations spécialisées aux personnes extérieures (domicile)												1	0	0	0		
	Sous-total occurrences colonne											68						
	Solutions liées à l'environnement du projet	Tenir compte des tensions sur le PM et PNM	Renforcer l'accès à la ressource médicale	Avoir davantage de disponibilité de la part des spécialistes (développer le tps de spécialistes disponible)					S1		S2		5	1	1	0		
				Développer les soins de proximité avec la ville (pistes de solution à trouver du côté libéral, CPTS, etc.)							S1			1	1	0	0	
			Réorganiser et renforcer le temps paramédical	Intégrer et planifier le temps IDE consacré à cette activité dans leur temps de travail										1	0	0	1	
				Adaptation de leur temps de travail en fonction des créneaux de téléconsultation préétablis et stables dans le temps										1	0	0	1	
		Prendre en compte les évolutions de la réglementation	Profiter des dérogations en vigueur	Bénéficier de plus de souplesse dans la réglementation (non obligation d'avoir un rdv en présentiel préalable)	S3									2	0	0	0	
			Bénéficier de plus de souplesse dans la réglementation (non obligation d'avoir un rdv en présentiel préalable)											1	0	0	0	
Obtenir un soutien financier		Aider à l'investissement et à la maintenance	Investir dans l'amélioration de la qualité du matériel et de l'accès internet (PC puissant, ADSL, clef 4G, etc.)										1	0	0	1		
			Prise en charge des frais de maintenance par le CD (fait)									S3		1	0	0	0	
Sous-total occurrences colonne											13							
Solutions liées aux acteurs		Accompagner et aider au changement des pratiques	Faire évoluer les pratiques	Maintenir l'usage de la téléconsultation par les MedG et/ou spé (recours encouragé pdt la crise)		S1	S3					S2		5	2	1	0	
				"Forcer un peu la main" pour acoutumer les équipes soignantes d'EHPAD à son usage (faire rentrer ds la pratique)											1	0	0	0
				Repenser la formation et le rôle des IDE (guide des pratiques en IFSI, aller au-delà des IDEC, charte territoriale, etc.)											1	0	0	0
	Etablir un listing partagé IDE-médecins des éléments à récupérer ou observer en amont de la téléconsultation													2	0	0	1	
	Créer une relation de confiance entre la structure et l'outil et développer l'habileté informatique des équipes													1	0	0	1	
	Obtenir davantage d'engagement et d'intérêt des MedG ou libéraux pour les projets des EHPAD (ex : signature du projet de coordination)													1	0	0	0	
	Faire évoluer les rapports entre les acteurs		Développer un accompagnement non hospitalo-centré (à l'instar de la démarche de responsabilité populationnelle)									S2		1	0	0	0	
			Revoir la place du patient et de sa famille pour qu'ils soient plus acteurs de leur santé ou de celle de leur proche (stop à la "confiance aveugle" dans le corps médical)											2	1	0	0	
	Faire évoluer les rapports entre les acteurs	Accompagner le résident et le guider pour le rassurer et l'impliquer activement (éviter de le mettre en observateur de sa téléconsultation)											2	1	0	0		
		Restaurer la confiance des EHPAD dans l'hôpital (situation entre-deux vécue parfois difficilement par ceux rattachés)											1	0	1	0		
	Sous-total occurrences colonne											17						

Annexe 7 : Tableaux de synthèse de l'analyse thématique des entretiens

1	B	C	D	AL	AM	AO	
1	Thèmes	Sous-thèmes	Etiquettes	Nb d'occurrence	± Nb d'occurrence	± Nb fois en D1	
2	Difficultés liées à l'outil	Difficultés techniques	Mauvaise qualité du logiciel	6	38	17	
3			Mauvaise qualité du matériel	13			
4			Mauvaise connexion internet	12			
8			Absence d'interopérabilité	2			
9			Obstacles techniques d'accès	5			
10		Difficultés logistiques	Mauvais choix de local	5	17	6	
13			Equipement non mobile	12			
14		Sous-total occurrences colonne			55	55	23
17		Difficultés liées à la structuration de projet	Difficultés de portage	Manque d'identification des acteurs (porteurs et relais) et de leurs rôles	14	14	7
18				Difficultés d'accompagnement	Formations ponctuelles, éparse voire inexistantes	6	11
19	Absence d'outils d'accompagnement et de formalisation		5				
20	Difficultés de communication		Communication ponctuelle, éparse voire inexistante		5	8	
23			Absence d'outils de communication formalisés	3			
24	Difficultés liées au projet médical		Manque de visibilité sur l'offre	13	30	15	
25			Manque d'adaptation de l'offre aux besoins	17			
27	Sous-total occurrences colonne			63	63	28	
29	Difficultés liées à l'environnement du projet		Difficultés liées aux ressources PM PNM	Ressource médicale insuffisante	17	30	6
32				Ressource paramédicale insuffisante	13		
33		Difficultés liées à la réglementation	Recours freiné par la réglementation	5	7	1	
34			Manque d'adaptation à la réglementation	2			
35		Difficultés liées au financement	Modèle économique fragile	1	6	1	
36	Financement insuffisant		5				
37	Sous-total occurrences colonne			43	43	8	
38	Difficultés liées aux acteurs	Difficultés liées à l'usage	Pratiques déviantes	1	21	3	
39			Pratiques concurrentes	6			
40			Pratiques ancrées (personnel-dépendant)	14			
41		Difficultés motivationnelles	Méfiance par rapport à la finalité du projet	7	15	5	
42			Apport perçu comme inexistant ou relatif	8			
43	Sous-total occurrences			36	36	8	

Tableau récapitulatif des difficultés rencontrées

1	B	C	D	AL	AM	AO	AQ	
1	Thèmes	Sous-thèmes	Etiquettes	Nb d'occurrence	± Nb d'occurrence	± Nb fois en S1	± Nb fois en S2	
2	Solutions liées à l'outil	Améliorer la technique	Améliorer la qualité du logiciel et l'adapter	12	37	15	9	
3			Améliorer la qualité du matériel	10				
4			Améliorer la connexion	7				
5			Développer l'interopérabilité	5				
6			Lever les obstacles techniques à l'accès	3				
7		Revoir la logistique	Changer de local	1	7	3	2	
8			Rendre l'équipement mobile	6				
9		Sous-total occurrences colonne			44	44	18	11
10		Solutions liées à la structuration de projet	Clarifier le portage	Mieux identifier les acteurs (porteurs et relais) et leurs rôles	15	15	7	6
11				Développer l'accompagnement	Proposer un accompagnement de proximité et régulier			
12	Proposer des outils de suivi formalisés		3					
13	Travailler la communication		Recommuniquer largement et convaincre	15	16	11	4	
14			Formaliser des supports de com	1				
15	Etablir un projet médical concerté et ouvert		Rendre visible l'offre	2	31	16	11	
16			Faire un diagnostic partagé des besoins et des propositions	8				
17			Repenser la réponse médicale apportée	13				
18			Ouvrir l'offre sur l'extérieur	8				
19	Sous-total occurrences colonne			68	68	37	24	
20	Solutions liées à l'environnement du projet	Tenir compte des tensions sur le PM et PNM	Renforcer l'accès à la ressource médicale	6	10	2	3	
21			Réorganiser et renforcer le temps paramédical	4				
22		Prendre en compte les évolutions de la réglementation	Profiter des dérogations en vigueur	1	1	0	0	
23			Aider à l'investissement et à la maintenance	2				2
24		Sous-total occurrences colonne			13	13	2	
25	Solutions liées aux acteurs	Accompagner et aider au changement des pratiques	Faire évoluer les pratiques	11	17	4	9	
26			Faire évoluer les rapports entre les acteurs	6				
27	Sous-total occurrences colonne			17	17	4	9	

Tableau récapitulatif des solutions proposées

Autopsie d'un échec et perspectives : le cas de OurGHT* téléconsultation en EHPAD

Aude PERSONNIC (ED3S 2019-2020), Laurie Marraud (Directrice de mémoire)

Résumé :

Bien qu'elle fasse l'objet d'une récente prise de conscience politique (notamment marquée par sa consécration dans le droit commun en 2018 et son essor dans le contexte pandémique de la Covid-19), la téléconsultation et ses éventuels échecs reste un champ de recherche encore peu exploré.

Inscrit dans ce contexte, le présent mémoire s'appuie sur le cas spécifique de la solution de téléconsultation OurGHT*, développée par le Centre hospitalier du territoire du Lac*, en vue de proposer de la médecine de spécialité en EHPAD. L'analyse de ce dispositif vise d'abord à mettre en évidence les difficultés rencontrées et les erreurs commises expliquant le constat actuel de son échec. Elle s'intéresse ensuite aux « réussites parallèles » de OurGHT* téléconsultation, avant de proposer quelques pistes d'amélioration et perspectives concernant son avenir.

Plusieurs leçons générales sont à tirer de cette analyse comme :

- l'importance que joue la temporalité dans la réussite ou l'échec d'un dispositif innovant, source de retard ou d'avance, freinant ou accélérant son déploiement ;
- la nécessité pour une solution innovante de s'ajuster sans cesse aux organisations, usages et exigences pour garder sa pertinence et faire face à la concurrence.

Plus spécifique à la pratique de la téléconsultation en EHPAD, nous retenons de ce cas :

- le manque d'accompagnement et d'équipement dans certains EHPAD pour faire face au virage numérique actuel, dont la téléconsultation fait partie intégrante ;
- l'insuffisance – voire l'absence – de ressources médicales et paramédicales dédiées qui freine la pratique de la téléconsultation puisqu'elle doit s'ajouter aux autres tâches ;
- le caractère nécessaire mais parfois inadapté de la téléconsultation auprès du public âgé, invitant à privilégier la télé-expertise pour faire de la médecine de spécialité ;
- l'importance de cibler le développement de la téléconsultation sur de la médecine généraliste pour les EHPAD se trouvant isolés et peu dotés en ressources médicales.

Des études plus approfondies devront ainsi être réalisées pour confirmer ou infirmer ces conclusions tirées des observations et témoignages recueillis dans le département du Lac*.

**Les noms ont été changés dans une optique d'anonymisation*

Mots clés :

Santé numérique – E-Santé – Télémédecine – Téléconsultation – Télé-expertise – Innovation – Nouvelle technologie de l'information et de la communication – Médecine de spécialité – Médecine généraliste – EHPAD – Personnes âgées – droit des usagers

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs