



**HAL**  
open science

**Le développement des nouvelles technologies en  
médecine générale : utilisation, attentes et  
appréhensions des médecins généralistes du Cotentin  
dans leur pratique : étude qualitative par entretiens  
semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Cotentin**

Catherine Berot

► **To cite this version:**

Catherine Berot. Le développement des nouvelles technologies en médecine générale : utilisation, attentes et appréhensions des médecins généralistes du Cotentin dans leur pratique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Cotentin. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02321262

**HAL Id: dumas-02321262**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02321262>**

Submitted on 21 Oct 2019

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----  
FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

**THÈSE POUR L'OBTENTION**  
**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 03/07/2019

par

Mme Catherine BEROT

Née le 04 septembre 1988 à CHERBOURG (50)

TITRE DE LA THÈSE :

**LE DEVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES EN  
MEDECINE GENERALE : UTILISATION, ATTENTES ET  
APPREHENSIONS DES MEDECINS GENERALISTES DU COTENTIN  
DANS LEUR PRATIQUE**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés  
auprès de médecins généralistes du Cotentin

**Président :** Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Docteur LEGAC Michel, directeur de thèse

Madame le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

**Année Universitaire 2018/2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie

M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
	Éméritat jusqu'au 31/01/2020	
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
	Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

**Année Universitaire 2018 / 2019****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie

**M. TOUTIRAIS Olivier**

Immunologie

**M. VEYSSIERE Alexis**

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

**Mme ABBATE-LERAY Pascale**

Médecine générale

**M. COUETTE Pierre-André** (fin 31/08/19)

Médecine générale

**Mme DE JAEGHER-NOEL Sophie** (fin 31/08/2021)

Médecine générale

**M. LE BAS François** (fin 31/08/19)

Médecine générale

**M. SAINMONT Nicolas** (fin 31/08/19)

Médecine générale

## REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier  
Qui me fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez accepter mon respect et toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie et Monsieur le Docteur SAINTMONT Nicolas  
d'avoir accepté de porter de l'intérêt à mon travail et de m'honorer de leur présence comme membre du jury.

A Monsieur le Docteur LE GAC Michel  
pour avoir dirigé cette thèse, et m'avoir soutenue et écoutée pendant ce travail. Merci de m'avoir transmis votre expérience lors de mon passage dans votre cabinet. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

Au Docteur PITHON Anni  
Pour l'intérêt porté à mon travail et sa présence le jour de ma soutenance

A ma mère  
Toujours à mes côtés, qui a su me soutenir et m'encourager durant toutes ces années

A mon père  
pour son soutien pendant mes études

A mon oncle et ma tante  
pour leur bienveillance et leur soutien

A mes cousins et arrière cousins  
pour les moments de joie passés en famille

A mes amies d'internat  
avec qui j'ai pu partager ces trois années

A tous mes amis  
pour les moments heureux passés ensemble

A l'ensemble des médecins qui ont accepté de participer à l'étude  
pour m'avoir accordé de leur temps et m'avoir reçue avec bienveillance.



## Abréviations (classées par ordre alphabétique)

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte de Professionnel de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FTTH : Fiber to the Home (« fibre optique jusqu'au domicile »)

HAD : Hospitalisation A Domicile

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

M1 : Médecin 1

M2 : Médecin 2

M3 : Médecin 3

M4 : Médecin 4

M5 : Médecin 5

M6 : Médecin 6

M7 : Médecin 7

M8 : Médecin 8

M9 : Médecin 9

M10 : Médecin 10

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PSLA : Pôle de Santé Libéral Ambulatoire

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TLC : Téléconsultation

TLE : Téléexpertise

UE : Union Européenne

## **TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES**

**Figure 1** : Carte de couverture simulée au 31/12/2018, fournie par SFR : zones blanches de la Manche

**Figure 2** : Le figaro : carte des déserts médicaux en 2018

**Figure 3** : Carte du déploiement de la fibre très haut débit France au 31 décembre 2018

**Figure 4** : Carte du déploiement de la fibre très haut débit en Basse-Normandie au 31 décembre 2018

# SOMMAIRE

<b>I. INTRODUCTION</b>	1
<b>I.1. La tenue du dossier médical, une obligation légale</b>	1
<b>I.2. Le Dossier Médical Partagé</b>	1
I.2.1. Histoire du Dossier Médical Partagé	1
I.2.2. Le nouveau Dossier Médical Partagé	3
<b>I.3. La télémédecine</b>	4
I.3.1. Définition	4
I.3.2. Histoire de la Télémédecine	4
I.3.3. La Télémédecine et les français	5
I.3.4. Le développement de la Télémédecine à l'heure actuelle	6
<b>I.4. En Europe et dans le Monde</b>	8
<b>II. MATERIEL ET METHODE</b>	11
<b>II.1. Choix de la méthode</b>	11
II.1.1. Méthode qualitative	11
II.1.2. Entretiens individuels semi-dirigés	11
II.1.3. Caractéristiques des chercheurs	11
<b>II.2. Choix de la population</b>	11
II.2.1. Echantillonnage : Recrutement des participants	11
II.2.2. Taille de l'échantillon	11
<b>II.3. Ethique</b>	12
<b>II.4. Recueil des données</b>	12
II.4.1. Elaboration du guide d'entretien	12
II.4.2. Réalisation des entretiens	13
II.4.3. Retranscription des entretiens	12
<b>II.5. Méthode d'analyse des données</b>	13
<b>III. RESULTATS</b>	14
<b>III.1. Caractéristiques de la population étudiée</b>	14
<b>III.2. Caractéristiques des entretiens</b>	15
<b>III.3. Résultats de l'analyse qualitative des données</b>	16
III.3.1. Les médecins généralistes et l'informatique	16
III.3.2. Evaluation de la pratique des médecins généralistes en visite à domicile	17
III.3.3. Le Dossier Médical Partagé	23
III.3.4. Le développement de la télémédecine	27
III.3.5. Le développement des outils informatiques en médecin générale	30
<b>IV. DISCUSSION</b>	38
<b>IV.1. Force de l'étude</b>	38
<b>IV.2. Faiblesse de l'étude</b>	38
<b>IV.3. Les médecins généralistes et l'outil informatique</b>	39
<b>IV.4. La visite à domicile, une prise en charge particulière</b>	40
IV.4.1. Une consultation complexe	40
IV.4.2. Difficultés de communication entre professionnels de santé	41
<b>IV.5. Place des nouvelles technologies présentées comme des aides à la prise en charge</b>	42
IV.5.1. Les bénéfices reconnus de l'arrivée des Dossiers Médicaux Informatisés	42

IV.5.2. L'apparition des outils informatiques en visite à domicile	43
IV.5.3. Les outils connectés	44
<b>IV.6. Le Dossier Médicale Partagé : un réel outil de communication ?</b>	44
IV.6.1. L'accueil du Dossier Médical Partagé par les médecins généralistes	45
IV.6.2. Le Dossier Médical Partagé : la solution aux problèmes de communication entre professionnels de santé ?	45
IV.6.3. Les freins au développement du Dossier Médical Partagé	45
IV.6.4. Vers un Dossier Médical Européen	47
<b>IV.7. La télémédecine</b>	48
IV.7.1. L'opinion favorable des médecins	48
IV.7.2. Une réponse à la désertification médicale	49
IV.7.3. La télémédecine, une source d'économies pour l'Assurance Maladie	51
IV.7.4. L'arrivée de la télémédecine dans la Manche	51
IV.7.5. Les réticences concernant la télémédecine	53
IV.7.6. Télémédecine et téléexpertise	54
IV.7.7. Les freins au développement de la télémédecine	55
<b>IV.8. Les outils d'avenir pour les médecins généralistes</b>	56
IV.8.1. Les effets positifs déjà perçus par les médecins	56
IV.8.2. L'outil idéal imaginé par les médecins	57
IV.8.3. Les projets du gouvernement	57
IV.8.4. Le rôle des sociétés privées dans le développement de ces outils	59
IV.8.5. Les contreparties pour les médecins généralistes	60
<b>IV.9. Les outils connectés s'immiscent aussi dans le quotidien du patient</b>	61
<b>V. CONCLUSION</b>	62
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE</b>	64
<b>VII. ANNEXES</b>	68
<b>RESUME</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>MOTS CLES</b>	

# **I. INTRODUCTION**

L'outil informatique est devenu incontournable ces dernières années, que ce soit dans les actes du quotidien ou l'exercice professionnel. L'exercice de la médecine s'est aussi adapté à cette évolution des pratiques, dans l'objectif constant d'améliorer la prise en charge des patients. Récemment deux grands axes ont été décidés dans le développement de cet outil informatique ; d'une part le retour du Dossier Médical Partagé, pour optimiser le dossier patient et l'accès à ses informations médicales, de l'autre l'apparition de la télémédecine, présentée avant tout comme une solution à la désertification médicale.

## **I.1. La tenue du dossier médical, une obligation légale**

La tenue du dossier médical est une obligation légale du médecin envers ses patients.

Il existe divers dossiers médicaux prévus par la loi, par exemple, celui prévu dans les établissements de santé, celui prévu dans les EPAHD ,... (1) Parmi ces dossiers médicaux, figure un dossier médical personnel (DMP), institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, qui appartient au patient et dans lequel chaque professionnel de santé reporte, à chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

Pour le suivi de chaque patient, le médecin élabore un dossier professionnel ou fiche d'observation dont la rédaction n'est soumise à aucun formalisme. Il comporte des éléments objectifs cliniques et paracliniques nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques, à la nature des soins dispensés et aux prescriptions effectuées, pharmaceutiques notamment et les confidences éventuelles du patient. Ce dossier professionnel ou fiche d'observation appartient au médecin qui l'a établi. (1) Il est aujourd'hui généralement informatisé. Le patient a accès aux informations qu'il contient, en application de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

A côté de ce dossier médical professionnel, le médecin peut également établir des notes personnelles qui ne sont communicables ni au patient ni à un tiers. L'article R4127-45 du code de la Santé Publique (article 45 du Code de Déontologie Médicale) établit en effet que « Indépendamment du dossier médical prévu par la loi (initialement Dossier Médical Partagé devenu Dossier Médical Personnel), le médecin peut tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. » (2)

## **I.2. Le Dossier Médical Partagé (DMP)**

### **I.2.1. Histoire du DMP**

Institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004, dans le cadre du « plan e-santé 2000 », le premier DMP (initialement pour « dossier médical partagé à usage des professionnels de

santé », devenu par la suite « dossier médical personnel ») qui avait pour projet de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, était un projet ambitieux. (3)

- Un contenu initial très riche (3)
  - Données médicales générales (antécédents, allergies, historique des consultations, synthèses,...)
  - Données de soins (résultats d'examens, compte-rendus, traitements prescrits,...)
  - Données de prévention (facteurs de risques, ...)
  - Documents d'imagerie médicale
  - Espace d'expression du titulaire
  
- Facilité d'utilisation (3)

Le logiciel du DMP devait être capable d'échanger avec les logiciels professionnels existants afin que la transmission des données utiles se fasse automatiquement du logiciel professionnel vers le DMP et inversement, sans double saisie.

Malheureusement, plusieurs obstacles ont voué le DMP à l'échec avant sa mise en place.

Raisons de son échec : (3)

#### Précipitation et contradictions

- Nature incertaine du contenu du dossier
- Plan de développement trop hâtif
- Sous-estimation des coûts prévisionnels par rapport à ceux des pays voisins
- Pluralité des hébergeurs de données à caractère commercial
- Conséquences pratiques et juridiques du glissement de la notion de DM partagé à DM Personnel ni mesurées ni anticipées, alors même que ce glissement changeait fondamentalement la nature du projet.

#### Manque de communication avec les médecins généralistes

- Sous-estimation de la réticence des médecins généralistes à utiliser, à l'époque, ce genre de logiciel
- Place des généralistes non définie dans le processus de mise en place du DMP alors que leur participation active aurait été indispensable, ni dans leur rôle pour la mise à jour du DMP
- Inquiétude des médecins généralistes quant à son ergonomie, aux modalités et au coût d'adaptation de leur logiciel médical
- Débat instauré par les syndicats de médecins concernant la rémunération du temps passé aux nouvelles tâches induites par le DMP considérée comme hors de portée et condamnant le projet

#### Incapacité des Hôpitaux à s'insérer dans le dispositif

- Retard en matière d'informatisation médicale

- Diversité et cloisonnement de leurs systèmes d'information

Au final, alors que l'objectif était une généralisation à tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie d'ici 2007, il n'y avait, dix ans après son lancement, que 500 000 DMP ouverts, la moitié seulement comportant une information médicale.

## **I.2.2. Le nouveau Dossier Médical Partagé**

Le Dossier Médical Personnel a été relancé par la loi de santé de 2016 (décret n°2016-914 du 4 juillet 2016) sous le nom de Dossier Médical Partagé, et a été confié à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Son objectif est toujours de favoriser la prévention ainsi que la coordination, la qualité et la continuité des soins. Le nouveau DMP est présenté par la Sécurité Sociale comme un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé du patient : traitements, résultats d'examens, allergies... Il permet de les partager avec les professionnels de santé de son choix. (4) Le directeur général de la CNAM prévoyait fin 2018 la création de « *dizaines de millions* » de dossiers médicaux partagés (DMP) dans les quatre prochaines années. Il mise sur l'extrême simplicité d'ouverture et d'alimentation.

- Contenu du nouveau DMP (Annexe 1)
  - historique des soins des 24 derniers mois automatiquement alimenté par l'Assurance Maladie et versé lors de toute création d'un DMP
  - antécédents médicaux (pathologies, allergies, vaccinations...)
  - résultats d'examens (radios, analyses biologiques...)
  - synthèses médicales, lettres de liaison, comptes rendus d'hospitalisation ou de biologie médicale, d'examens d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques
  - traitements prescrits
  - coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence
  - directives anticipées pour la fin de vie et données relatives à la dispensation des informations légales sur le don d'organes et de tissus
  - données de santé renseignées par les utilisateurs du service.

Conformément à l'article R. 1111-42 du code de la santé publique, les professionnels de santé peuvent rendre provisoirement inaccessible à l'utilisateur une information concernant l'état de santé du titulaire du DMP dès lors qu'ils considèrent qu'elle ne doit pas être portée à sa connaissance sans accompagnement.

- Accès au DMP

Seuls les professionnels de santé autorisés (médecin traitant, infirmier, pharmacien...) peuvent le consulter. (Annexe 2). Seul le médecin traitant peut accéder à l'ensemble des informations contenues dans le DMP. Toutefois, les professionnels de santé ou les établissements peuvent partager des documents ou informations antérieurs à la création du DMP dès lors qu'ils sont nécessaires à la coordination des soins.

Le patient peut lui-même ajouter ou supprimer un document et gérer les accès à son DMP (bloquer un professionnel de santé, supprimer une autorisation).

## **I.3. La télémédecine**

### **I.3.1. Définition**

La télémédecine renvoie à l'acte médical à distance tel qu'il a été défini dans l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication : « la télémédecine permet entre autres d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical » (5) Concrètement, un professionnel peut établir un diagnostic, assurer un suivi, requérir un avis spécialisé ou encore effectuer une surveillance ; le tout, par vidéo transmission, messagerie sécurisée ou téléphone.

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine en définit les cinq axes constitutifs: la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation (centre 15).

La téléconsultation (TLC) permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent).

La téléexpertise (TLE) est une expertise sollicitée par un médecin dit 'médecin requérant' et donnée par un médecin dit 'médecin requis', en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

La télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

### **I.3.2. Histoire de la télémédecine**

La télémédecine n'est pas une technologie récente. La première utilisation de la communication vidéo interactive en santé s'est produite à la fin des années 50 par l'institut psychiatrique du Nebraska (USA) qui, via un système de télévision interactive à deux voies, opéra une téléconsultation en psychiatrie avec l'hôpital de Norfolk, 112 miles plus loin. Ce lien a été développé pour l'éducation, le traitement spécialisé, et les consultations entre un praticien généraliste et un spécialiste. Un autre projet expérimental a été mis en place en 1959 au Canada par un radiologue qui a permis de transmettre des images par câble coaxial pour un diagnostic à distance. Vers la fin des années 60, un projet de télé-dermatologie a été mené entre l'aéroport international de Boston et l'hôpital général du Massachusetts (USA). En utilisant un système audio-vidéo, les médecins ont été capables de délivrer un avis en utilisant un écran en échelle de gris.



Ce sont ensuite les projets de la NASA (USA) qui ont permis le développement de ces outils de télécommunication lors du contrôle médical et des soins médicaux des astronautes dans l'espace. Les scientifiques de la NASA, préoccupés par les effets de l'apesanteur sur les astronautes, avaient décidé de surveiller en permanence les fonctions physiologiques de ces derniers. La NASA a mis au point un système d'assistance médicale permettant d'établir des diagnostics et de traiter les urgences médicales pendant les missions spatiales, et définir des systèmes complets de prestation de soins médicaux. (6)

Et bien avant l'avènement de l'ère technologique, le premier cadre légal définissant l'utilisation de moyens médicaux à distance remonte au XVIIIème siècle, précisément en 1726, date à laquelle furent émises les premières ordonnances par voie postale. (7) (8)

### **I.3.3. La télémédecine et les Français**

Dans les années 90, la France développait la télémédecine (téléexpertise/téléconsultation inter-hospitalière) dans la région Midi-Pyrénées à partir du CHU de Toulouse. A cette époque, le financement fut assuré par le Conseil Régional de Midi-Pyrénées. Cette pratique ne pouvait être qu'hospitalière, l'exercice de la télémédecine en ambulatoire étant illégal jusqu'à la loi de 2004.

Une étude IPSOS réalisée en 2018 cherchait à évaluer la position des patients et des médecins concernant le développement de la télémédecine. (9)

D'après cette étude :

- 6 Français sur 10 ont déjà renoncé à consulter un professionnel de santé
- 38% ont attendu trop longtemps avant de consulter un médecin pour un problème de santé à priori bénin et qui s'est par la suite aggravé.
- 76% des médecins généralistes et 71% des spécialistes s'estiment aujourd'hui sur-sollicités par leurs patients.
- 46% des médecins généralistes interrogés déclarent qu'ils peinent à consacrer autant de temps qu'ils le souhaiteraient à leurs patients.
- 68% des généralistes et 59% des médecins spécialistes déclarent échanger fréquemment à distance avec leurs patients (en communiquant par téléphone, mail ou SMS).
- 1 Français sur 2 déclare être prêt à consulter un médecin via une consultation en télémédecine, en complément des consultations physiques avec leur médecin traitant.
- 60% des Français seraient prêts à téléconsulter pour une question de routine pour leur enfant.
- 61% des Français seraient prêts à téléconsulter pour obtenir rapidement un premier avis médical, suite à un problème de santé rencontré ponctuellement.
- 85% des médecins généralistes et 72% des patients estiment que la télémédecine est une tendance médicale de fond.
- 3 médecins sur 4 sont aujourd'hui favorables au développement de la télémédecine.

Les principaux avantages mis en évidence par cette étude:

Pour les patients :

- ✓ Meilleur accès au parcours de soins
- ✓ Désengorgement des cabinets médicaux et diminution des délais d'attente (pour 79% des Français)
- ✓ Lutte contre les conséquences de la désertification médicale (pour 69% des Français)
- ✓ Accès à des consultations avec des médecins que les patients n'auraient jamais consultés avant (pour 71% des Français)

Pour les médecins :

- ✓ Un système de santé plus efficient
- ✓ Développement de l'aspect préventif du système de santé (pour 83% des médecins généralistes et 85% des spécialistes)
- ✓ Lutte contre les conséquences de la désertification médicale (pour 82% des médecins généralistes et 77% des spécialistes)
- ✓ Accès facilité à des médecins spécialistes (pour 77% médecins généralistes et 79% des spécialistes).

#### **I.3.4. Le développement de la télémédecine en France à l'heure actuelle**

- Une volonté politique

Le sujet fait actuellement l'objet d'une "volonté politique très forte" et "personnelle" de la ministre des solidarités et de la santé et de l'ensemble des parlementaires.

Ce volontarisme a permis de répondre à la question du modèle économique de la télémédecine, avec le passage en août 2018 au financement de droit commun des actes de téléconsultation et de téléexpertise réalisés par vidéo-transmission, dans le cadre de l'avenant n°6 à la convention médicale, conformément aux dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). (10)

Pour pallier au manque de financements, les agences régionales de santé (ARS) ont apporté leurs soutiens aux projets de télémédecine à hauteur de "plus de 20 millions d'euros par an". En 2016, plus de 200 projets ont déjà été soutenus par les ARS.

Côté organisationnel, selon Myriam Burdin, Cheffe de bureau "coopérations et contractualisation" au Ministère des solidarités et de la santé, il existe aujourd'hui "un écosystème tout à fait favorable à la mise en place de projets de télémédecine structurants", faisant référence au développement des structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), aux plateformes territoriales d'appui (PTA) ou aux stratégies des ARS pour mettre en place des services numériques de coordination.

Myriam Burdin a aussi mentionné la "forte volonté du ministère d'inclure tout ce qui relève de l'e-santé et de la télémédecine dans la formation initiale et continue" des professionnels. Ces thèmes ont intégré la maquette du 3e cycle d'études médicales en avril 2017. (11)

- Objectifs attendus

Les promesses de la télémédecine sont nombreuses :

- ✓ Amélioration de la qualité de vie des patients ;
  - ✓ Accès aux soins pour tous facilité ;
  - ✓ Amélioration de la coordination entre les professionnels de santé ;
  - ✓ Prévention des hospitalisations ou réhospitalisations ;
  - ✓ Diminution du recours aux urgences ;
  - ✓ Réduction du coût des transports ;
  - ✓ Apparition de nouveaux outils sur le marché de la santé
- De nouveaux outils

Une nouvelle nomenclature :

De nouvelles lettres-clé créées en matière de télémédecine sont applicables depuis le 10 février 2019:

- consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste dit "téléconsultant" (code **TCG**)
- consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin non généraliste dit "téléconsultant" (code **TC**)
- acte de téléexpertise de niveau 1 d'un médecin sollicité par un autre médecin (code **TE1**)

*Niveau 1 : Acte ne nécessitant pas la connaissance préalable du patient par le médecin téléexpert : question qui ne nécessite pas de réaliser une étude approfondie de la situation médicale du patient. Par exemple : l'interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne, la lecture d'une rétinographie,...*

- acte de téléexpertise de niveau 2 d'un médecin sollicité par un autre médecin (code **TE2**)

*Niveau 2 : Acte nécessitant a priori la connaissance préalable du patient par le médecin téléexpert : avis en réponse à une situation médicale complexe après étude approfondie. Par exemple : surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution, suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation,...* (12)

Liste des solutions techniques déclarées conformes au cadre réglementaire de télésurveillance :

- Diabeo\* (Sanofi Aventis) et Insulia\* (Voluntis) pour la télésurveillance du diabète
  - Covotem\* (GCS Télésanté Basse-Normandie), et 1 minute pour mon coeur\* (Newcard) pour la télésurveillance des patients insuffisants cardiaques
  - Home Monitoring\* (Biotronik) pour la télésurveillance des prothèses cardiaques implantables.
- Cadre de pratique

Le développement de la télémédecine appelle à une nouvelle organisation de la prise en charge et du parcours de soins du patient. Pour les professionnels notamment, un

équipement particulier (logiciel, matériel audio et vidéo de qualité, appareils médicaux adaptés...), est requis pour la réalisation de ces actes.

La téléconsultation sera réalisée par vidéo-transmission : le patient sera invité par le médecin à se connecter à un site ou à une application sécurisés *via* un ordinateur ou une tablette équipés d'une webcam (une assistance par des professionnels de santé équipés – pharmaciens, infirmiers – pourra être demandée). Elle s'inscrit dans un parcours de soins et doit donc passer par un médecin traitant, sauf pour les spécialistes déjà consultables directement (gynécologues, ophtalmologues, psychiatres ou stomatologues).

La téléexpertise sera dans un premier temps, et ce jusqu'à la fin de l'année 2020, réservée aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique :

- ✓ patients en affection longue durée (ALD) ;
- ✓ patients atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation ;
- ✓ patients résidant en zones dites « sous-denses », telles que définies à l'article 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;
- ✓ patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou en structures médico-sociales ;
- ✓ personnes détenues.

Les conclusions de l'HAS publiées en Avril 2018 indiquent qu'aucune situation clinique ne peut être a priori exclue d'un recours à la TLC ou à la TLE, mais des critères d'éligibilité du patient au cas par cas, à vérifier en amont de la réalisation d'un acte, ont été définis. Ainsi, si un examen physique et/ou un geste technique sont nécessaires, la téléconsultation n'est pas appropriée. Toutefois, il n'est pas toujours possible d'identifier ces situations en amont : une organisation adaptée doit alors être mise en place par le professionnel de santé. Les capacités du patient à bénéficier d'une TLC doivent être prises en compte (vue, audition, difficultés liées à l'utilisation des technologies ou encore à la langue). La présence d'un proche ou d'un professionnel de santé pour assister le médecin durant l'acte est possible. Tout acte nécessite, au préalable, de recueillir le consentement libre et éclairé du patient. Enfin et surtout, le professionnel doit avoir accès aux données médicales du patient.

#### **I.4. en Europe et dans le Monde**

- en Europe

Dans les pays européens qui ont un système social bévérigien (Royaume-Uni, Danemark, Norvège, Suède, Espagne), c'est l'Etat qui pilote et finance les programmes de télémédecine qui passent obligatoirement par une phase pilote avant d'être généralisés. (13)

Pour rappel, les systèmes de protection sociale en Europe ont deux origines différentes. Dans les systèmes dits beveridgiens, les droits à une protection sociale de base sont universels et accordés à l'individu avec un minimum vital. Ce système universel est géré par le pouvoir public et financé par les contributions publiques ou impôts.

Dans les systèmes bismarckiens (sur le modèle du système allemand institué par le chancelier Bismarck), ils sont accordés à celui qui travaille et, par " droits dérivés seulement ", à sa femme et à ses enfants. Le système est géré par les salariés et les employeurs et prend la forme de cotisations sociales.

La France est le seul état à avoir adopté un système mixte. Ainsi, l'universalisme est recherché mais en se fondant sur la généralisation de la Sécurité sociale et en se basant sur le postulat que le salariat sera la norme et qu'à travers lui tous les individus bénéficieront d'une protection sociale, soit directement en cotisant, soit au travers du statut d'ayants droit. (Annexe 3). (14)

Au Royaume-Uni, le NHS (National Health Service) fait de la télésanté une priorité de son nouveau plan quinquennal. Avec un budget de « plusieurs milliards de livres » selon le ministre de la Santé britannique, le plan vise à faire des soins digitaux une norme d'ici 2022-2023 pour sauver 500 000 vies par an. La généralisation de la téléconsultation outre Manche représente également une réponse concrète aux problématiques budgétaires auxquelles font face les organismes publics dans le domaine de la santé. Le Royaume-Uni aurait déjà économisé 90 millions d'euros grâce au développement de la télémedecine entre 2012 et 2017. L'équivalent de notre DMP est obligatoire: chaque patient doit y souscrire, et pour ne pas avoir de DMP, le patient doit à l'inverse signaler son non-consentement. (14) (16)

En Allemagne, la loi sur l'organisation des soins votée en 2013 incluant la pratique de la télémedecine et la mise en place d'une stratégie nationale de développement par le ministère fédéral de la Santé sont des signes en faveur d'un développement plus rapide de la télémedecine. (17) Une carte de santé électronique est aussi mise en place depuis 2011.

En Espagne, le dossier médical partagé est expérimenté depuis vingt ans par l'Andalousie. Au total, les données médicales de 8,5 millions de patients sont informatisées et partagées entre 1 500 centres de santé. (18)

En Suède, pays pionnier en Europe dans le développement de la médecine numérique, l'e-santé, et la télémedecine, font désormais partie intégrante du paysage médical. Généralisée à tout le pays depuis 2016, elle est de plus en plus utilisée dans les campagnes comme à la ville. A tel point qu'aujourd'hui, 95% des prescriptions se font sous format électronique, permettant aux médecins comme aux pharmaciens, libérés de la corvée de déchiffrage, de gagner en moyenne 30 minutes par jour, temps qu'ils peuvent allouer à d'autres tâches. Concernant le NPÖ, le « DMP suédois », il rassemble la documentation relative à l'histoire clinique des patients et est considéré comme un outil essentiel pour la rationalisation des parcours de sante et l'amélioration de la pertinence des soins. (19)

Le Danemark est considéré en Europe comme le pays qui a le mieux réussi l'évolution vers une médecine dématérialisée. Elle s'est surtout développée dans le sud, pilotée par le CHU d'Odense. Les téléconsultations au domicile des patients, les téléexpertises et le télésuivi des maladies chroniques se sont développés depuis 2008. Son DMP est un véritable succès. Toute cette transformation s'est faite avec l'accord des professionnels de santé qui ont contribué à la mise en place des plateformes de télé-suivi médical. (14)

A l'inverse en Autriche, la téléconsultation est interdite par la loi. Quelques projets pilotes hospitaliers de télémédecine existent à ce jour. Il n'y a par contre aucun financement spécifique, ni de cadre législatif sur les pratiques de télémédecine. (14)

- Dans le Monde

Dans les années 1990, le Canada faisait figure de leader dans ce domaine, avec des programmes de télémédecine en direction des populations installées dans les territoires peu urbanisés, mais elles peinent encore aujourd'hui à s'étendre aux territoires qui pourraient en bénéficier le plus, du fait des coûts d'installation des dispositifs de télémédecine encore très élevés et de nombreuses réticences persistant du côté des praticiens. Avec le risque de voir des entreprises privées s'engouffrer dans la brèche, ce que font déjà certaines d'entre elles qui proposent au Canada des services de téléconsultation à des prix inaccessibles pour les personnes à bas revenus. Le risque est que le Canada développe un système de télémédecine à deux vitesses. (20)

Aux Etats-Unis, seulement 24 des 50 Etats américains ont une politique de remboursement de la téléconsultation, instaurée depuis 2013. La téléexpertise entre médecins n'est pas une pratique courante aux USA, pratiquée et remboursée dans seulement 14 Etats. (21) (22)

D'autres pays sont beaucoup moins attendus en ce qui concerne le développement de la télémédecine.

En Asie, le Kazakhstan, le plus grand pays enclavé du monde, avec une superficie de près de 3 millions de kilomètres carrés et une grande partie de la population vivant en milieu rural, loin des principaux centres médicaux du pays, investit dans les nouvelles technologies afin de dispenser des services de santé aux habitants des zones rurales. Lancé en 2004, un réseau de télémédecine aide ces populations à accéder à des soins médicaux spécialisés, grâce notamment aux téléconsultations assurées par les médecins généralistes et les spécialistes. (23)

Au Cameroun, l'un des nombreux pays africains confrontés à une crise des ressources humaines dans le secteur de la santé, comptant un médecin pour 10 000 habitants, un jeune médecin informaticien a créé en 2017 une application mobile baptisée THEA (« That Health again ») servant de plateforme de télémédecine, qui permet de contacter gratuitement un médecin depuis son mobile, par appel vocal, SMS ou vidéo, quelque soit le lieu où il se trouve. Cette jeune entreprise ambitionne ainsi de remédier à l'insuffisance de médecins et d'infrastructures, en permettant aux patients de se connecter directement sur une plateforme pour se faire examiner en ligne par un médecin. (24)

## **II. MATERIEL ET METHODES**

### **II.1. Choix de la méthode**

#### **II.1.1. Méthode qualitative**

Pour analyser les expériences et les avis des médecins généralistes consultés, le choix de la méthode qualitative a été retenu. Les données ont ensuite été exploitées selon une analyse thématique.

#### **II.1.2. Entretiens individuels semi-dirigés**

Des médecins généralistes de la Manche ont été recrutés pour réaliser des entretiens individuels, plutôt que des entretiens par focus groupe qui auraient pu entraîner des biais par une potentielle limitation de la liberté de parole de chacun liée à un éventuel jugement. Les entretiens ont été réalisés de manière semi-dirigée, dans le but de pouvoir laisser réfléchir et s'exprimer le médecin, tout en dirigeant la discussion sur les principaux thèmes à aborder.

#### **II.1.3. Caractéristiques des chercheurs**

Interne en médecine générale, j'étais la seule personne réalisant les entretiens et le premier chercheur. Le second chercheur était mon directeur de thèse, le Dr LE GAC, qui m'a soutenue, a relu, réorienté et corrigé mon travail.

### **II.2. Choix de la population**

#### **II.2.1. Echantillonnage : Recrutement des participants**

Des médecins généralistes de la Manche, et plus précisément du Cotentin, ont été recrutés pour participer aux entretiens individuels.

Le recrutement s'est fait soit par connaissance directe (médecins 1, 2, 3, 4, 7) ou par connaissance de proche en proche (médecins 5, 6, 8, 9, 10).

Seuls les médecins généralistes installés ont été sollicités. Les médecins remplaçants ont été exclus par choix.

Ils ont été sollicités soit par contact téléphonique, soit en personne, ou encore par l'intermédiaire de leur secrétaire.

Tous les recrutements ont été accueillis positivement.

Le nombre de médecins sollicités n'était pas défini au début de l'étude.

#### **II.2.2. Taille de l'échantillon**

L'étude a été arrêtée au 10<sup>ème</sup> entretien car elle tendait à une saturation des données après ce dernier entretien.

## **II.3. Ethique**

Un formulaire de consentement a été remis à chaque médecin rencontré concernant le recueil des données. Il y était spécifié que celles-ci seraient anonymisées. (Annexe 4)  
L'anonymisation des données s'est faite lors de la retranscription ; tout élément permettant d'identifier les participants a été rendu anonyme.

## **II.4. Recueil des données**

### **II.4.1. Elaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé dans l'optique de garder un cadre ouvert et non trop directif, de façon à guider les participants vers les « points clés » qui devaient être abordés. Le guide a été testé à l'aide d'un entretien individuel pour vérifier le bon cheminement des questions, ainsi que leur bonne compréhension.  
La méthode qualitative permet l'évolution du guide au fur et à mesure des entretiens en fonction des résultats obtenus tant que celle-ci poursuit les mêmes objectifs de recherche. Le guide d'entretien est présent en Annexe 5.

### **II.4.2. Réalisation des entretiens**

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des médecins participants pour tous les médecins sauf le médecin 4, pour lequel l'entretien s'est déroulé à son domicile. Je les ai rencontrés un par un, avec un nombre de médecins à solliciter qui n'était pas établi au départ, et une diversification des profils au fur et à mesure des recrutements. Le déroulement de l'entretien commençait par ma présentation, expliquant mon statut d'interne en cours de réalisation d'une thèse de médecine générale. A leur rencontre je leur présentais le thème général de ma thèse (l'utilisation des outils informatiques et les visites à domicile) sans spécifier le but recherché. Je demandais ensuite au médecin participant de remplir et signer le document de consentement après l'avoir informé que l'entretien serait enregistré (au moyen d'un smartphone de type HUAWEI P20...). Je précisais également que toutes les informations et données recueillies seraient anonymisées, même si cela était déjà spécifié sur le formulaire de consentement. L'entretien débutait par une présentation rapide du médecin interrogé puis la conversation débutait par une question ouverte.

L'inclusion des médecins s'est faite entre janvier 2019 et février 2019. Les entretiens ont été réalisés dans un délai maximal de 10 jours après l'inclusion du médecin.



### **II.4.3. Retranscription des entretiens**

Chaque entretien a été retranscrit à l'aide d'un logiciel de traitement de texte informatique (Microsoft Word) le plus fidèlement possible sans correction de ma part, avec retranscription mot à mot, conservation des répétitions, des erreurs de langage, des silences.

Ce travail a été réalisé le jour même de l'entretien ou les jours suivants.

Chaque médecin a été identifié par un chiffre, permettant de respecter l'anonymat.

La durée totale des enregistrements sonores obtenus était de 2 heures 43 minutes et 14 secondes.

Tous les entretiens figurent en annexe 7.

### **II.5. Méthode d'analyse des données**

L'analyse thématique a permis de dégager des thèmes en lien avec la question de recherche. Ces thèmes ont amené à l'émergence de certains concepts.

L'analyse thématique s'est déroulée en plusieurs temps : le codage, la thématisation et la catégorisation.

Le codage : Le verbatim fut découpé en unités de sens qui se définissaient selon A.Gotman et A.Blanchet par « un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche ». Les chercheurs ont attribué à chaque unité, un code reprenant le sens. Lorsque d'autres unités du verbatim étaient porteuses du même sens, celles-ci étaient rattachées au même code.

La thématisation : La thématisation est une démarche descriptive. Elle consiste au regroupement des différents codes dont le sens est similaire pour aboutir à des thèmes communs.

La catégorisation : Les chercheurs ont ensuite réorganisé les thèmes en fonction de l'objectif de recherche afin d'en dégager des concepts, c'est la catégorisation.

L'entretien individuel permet de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé, face au caractère parfois intimidant du focus group. Aucuns « leader effect », comportement mimétique ou pression psychologique ne viennent parasiter le recueil d'informations. La souplesse de l'échange autorise également des relances très personnalisées.

### III. RESULTATS

#### III.1. Caractéristiques de la population étudiée

Médecin	Genre	Tranche d'âge	Date d'installation	Type d'exercice	Territoire	Caractéristiques du cabinet	Nombre de visites par semaine	Durée moyenne d'une visite (minutes)
1	homme	30-35	2017	PSLA	Semi-rural	Logiciel médical en réseau (Médiclick) Secrétariat informatisé	1 à 6	15-45
2	homme	60-65	1982	PSLA	Semi-rural	Logiciel médical en réseau (Médiclick) Secrétariat informatisé	< ou = 4	10-25
3	femme	55-60	1997	Cabinet de groupe (1 associé)	Semi-rural	Logiciel médical (Médiclick) Secrétariat à mi-temps non informatisé	< ou = 6	15-20
4	homme	60-65	1970	Cabinet de groupe (4 associés)	Semi-rural	Logiciel médical (axisanté) Secrétariat informatisé	5 à 10	20
5	femme	35-40	2012	Cabinet de groupe (4 associés)	Semi-rural à rural	Logiciel médical (axisanté) Secrétariat informatisé	6 à 10	15-20
6	femme	30-35	2018	Cabinet de groupe (4 associés)	Semi-rural	Logiciel médical (axisanté) Secrétariat informatisé	< ou = 1	20
7	homme	40-45	2006	Cabinet individuel	Rural et urbain	Logiciel médical (Almapro) Secrétariat à distance	< ou = à 12	15-20
8	femme	45-50	2018	Cabinet de groupe (1 associé)	Rural et semi-rural	Logiciel personnel Secrétariat à mi-temps non informatisé	3	20

9	homme	60-65	1980	Cabinet individuel	Semi-urbain majoritaire + rural	Logiciel professionnel médical Secrétariat informatisé	10 à 15	20-30
10	Homme	60-65	1990	Cabinet de groupe	Urbain majoritaire et semi-rural	Logiciel médical (mon logiciel médical) Secrétariat informatisé	10 à 15	30 ou plus

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés**

La tranche d'âge moyenne de la population interviewée était de 45-50 ans, allant de 30 ans pour le plus jeune médecin (M1), à 65 ans pour le plus âgé (M2).

Cette population comprenait 4 femmes et 6 hommes.

Les lieux d'exercice étaient tous représentés : secteur urbain, semi-rural et rural. Les médecins 7 et 10, bien qu'ayant leur cabinet en ville, m'ont expliqué avoir aussi une population semi-rurale dans leur patientèle.

Les médecins 7 et 9 exercent seuls, les autres exercent tous en cabinet de groupe.

Seul le médecin 7 ne dispose pas d'un secrétariat sur place, mais utilise un secrétariat téléphonique à distance.

Tous ces médecins sont informatisés à leur cabinet, avec un logiciel médical et un secrétariat également informatisé lorsque sur place.

La durée d'une visite était en moyenne de vingt à trente minutes, exceptionnellement plus courte, et parfois même plus longue, et ce du fait que la visite est considérée, de par son caractère extérieur au cabinet, comme une consultation complexe.

La population de médecins était par conséquent diversifiée.

### **III.2. Caractéristiques des entretiens**

Les 10 entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des différents intervenants, sauf pour le médecin 4 pour lequel l'entretien a eu lieu chez lui. Les entretiens se sont déroulés en début d'après midi avant la reprise des consultations ou en fin de journée.

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes, pour une durée totale de 2 heures 43 minutes.

Médecin	Durée
1	12 min 40 s
2	11 min 15 s
3	13 min 23 s
4	15 min 10 s
5	12 min 35 s
6	09 min 11 s
7	27 min 19 s
8	27 min 12 s
9	18 min 19 s
10	16 min 10 s

**Tableau 2 : Durée respective des entretiens**

### **III.3. Résultats de l'analyse qualitative des données**

#### **III.3.1. les médecins généralistes et l'informatique**

##### **III.3.1.1. Utilisation de l'outil informatique dans le cadre privé**

Les médecins de moins de 45 ans se disent tous à l'aise avec l'informatique, excepté le médecin 6 qui pour des raisons techniques (absence de raccordement au réseau internet à son domicile) se dit seulement moyennement à l'aise, mais utilise néanmoins largement son smartphone pour compenser.

En ce qui concerne les médecins de 45 ans et plus, ils se disent moyennement voire pas très à l'aise avec l'informatique; le médecin 2 dit même ne pas être à l'aise du tout. Seul le médecin 8 fait exception et s'intéresse beaucoup à l'informatique ; il a même créé son propre logiciel médical ainsi qu'un logiciel de comptabilité.

**M2** : « pas d'expérience, pas d'intérêt ».

##### **III.3.1.2. l'informatisation du cabinet**

Tous les médecins interrogés utilisent un logiciel médical au sein de leur cabinet. Concernant les cabinets de groupe, il s'agit de logiciels fonctionnant en réseau.

Pour la plupart d'entre eux, le logiciel médical est externalisé, donc consultable n'importe où à distance du cabinet.

**(M4), (M5), (M6), (M7), (M8), (M10)**

Le médecin 8 a même créé son propre logiciel médical.

La grande majorité des médecins interrogés dispose d'un secrétariat informatisé.

**(M1), (M2), (M4), (M5), (M6), (M8), (M9), (M10)**

Le médecin 7 quant à lui dispose d'un secrétariat à distance.

### **III.3.2. Evaluation de la pratique des médecins en visite à domicile**

#### **III.3.2.1. les particularités de la visite à domicile**

- Conditions d'examen non optimales

**(M7), (M8)**

**M7** : « La prise en charge des patients à domicile, elle est compliquée, parce que finalement t'as pas l'ensemble de ton matériel, et t'es pas dans des conditions optimales d'examen et de prise en charge. »

- Caractère chronophage

**(M4), (M8), (M9), (M10)**

**M8** : « On passe longtemps en plus, c'est chez eux, c'est pas des conditions de confort pour nous. Moi j'ai mal au dos quand j'examine quelqu'un qui est bas. Mais on y passe forcément beaucoup beaucoup plus de temps qu'une consultation. C'est très chronophage ! »

**M10** : « Alors les visites c'est toujours très long »

#### **III.3.2.2. La tenue du dossier du patient vu à domicile**

- Utilisation d'un dossier papier au domicile du patient

Les médecins 3, 4, 7, 8 et 10 utilisent un dossier papier au domicile du patient. Les autres médecins n'ont pas de support papier au domicile du patient.

**M3** : « alors en général ils ont un cahier chez eux sur lequel je note mes observations effectivement pour me souvenir d'une fois sur l'autre »

Les médecins 4 et 10 gardent le dossier papier de leurs patients au cabinet et l'emportent à chaque visite.

**M10** : « support papier, que j'emmène. Et je retranscris sur le logiciel en rentrant mais très brièvement, parce que les patients que je suis à domicile, en gros c'est surtout un dossier papier quoi. »

Les médecins 3 et 7 quant à eux laissent le dossier papier sur place.

Le médecin 8 utilise un dossier papier mais pas de manière systématique, et utilise parfois son smartphone comme bloc notes.

- Retranscription des informations sur dossier patient informatisé au cabinet

La moitié des médecins effectue une retranscription systématique de la consultation sur le dossier informatisé après chaque visite.

#### **(M4), (M5), (M6), (M9), M(10)**

**M 4** : « quand je rentre au bureau je retranscris toujours ce que j'ai noté sur mon ordinateur quand même ; ah oui, sinon... »

**M10** : « support papier que j'emmène. Et je retranscris sur le logiciel en rentrant mais très brièvement »

Les autres retranscrivent les informations importantes de leurs visites sur leur logiciel seulement en cas de situation complexe.

#### **(M1), (M2), (M3)**

**M1** : « Je le fais systématiquement quand c'est une situation complexe, et euh... par exemple sur une réévaluation de traitement ça m'arrive d'être un peu plus lâche. »

**M3** : « quand je rentre au cabinet, j'essaie toujours de mettre un petit mot dans le dossier s'il y a quelque chose de particulier. »

Seul le médecin 7 ne retranscrit pas les données qu'il a notées sur le dossier médical papier du patient.

- Préparation du dossier en amont de la visite

- Concernant les médecins qui n'ont pas de dossier papier au domicile :

Les médecins 1 et 5 consultent seulement le dossier du patient au cabinet avant la visite.

- Concernant ceux qui utilisent un dossier papier :

Les médecins 4, 9 et 10 éditent les examens complémentaires reçus depuis la dernière visite.

**M9** : « s'il y a des examens complémentaires qui sont rentrés, je les édite »

- Préparation de l'ordonnance

Les médecins 2, 4, 8 et 9 impriment l'ordonnance précédente avant la visite, quitte à la modifier si besoin.

**M2** : « j'essaie toujours, quand je pars en visite, d'avoir au moins le traitement, de le récupérer »

**M9** : « je pars avec le traitement préalable, celui que j'avais prescrit à la dernière visite, et puis je le corrige éventuellement s'il y a des prescriptions nouvelles ou des suppressions, et puis en rentrant je remets au propre. »

### **III.3.2.3. Communication avec les autres intervenants para-médicaux**

La communication au domicile du patient entre les différents intervenants semble plus ou moins restreinte ou maladroite.

- Concernant le SSIAD et l'HAD

La majorité des médecins communique avec le SSIAD et l'HAD, que ce soit par téléphone et / ou par écrit.

Les médecins 1, 3 et 5 ne communiquent que par l'intermédiaire du dossier papier mis en place par l'HAD / le SSIAD.

**M1** : « Il y a quand même la situation spéciale de l'HAD où là il y a carrément un dossier sur place et c'est du coup beaucoup plus carré »

**M3** : « en cas d'HAD ou de SSIAD par contre c'est dans des classeurs »

Le médecin 4 communique avec ces structures par téléphone.

**M4** : « pour le SSIAD, en général même ils m'appellent avant, c'est souvent eux qui me demandent les visites »

Les médecins 7, 8, 9 et 10 communiquent avec l'HAD et le SSIAD à la fois par écrit et parfois par téléphone.

**M10** : « c'est souvent des petits mots laissés par les intervenants, que je trouve quand je vais en visite. Dans certains cas il peut y avoir un cahier, dans d'autres cas c'est un papier volant (rire). Qu'on ne voit pas toujours, parfois c'est des patients qui ont une maladie d'Alzheimer donc ils ont touché à tout, on ne retrouve rien (rire). Mais dans l'ensemble ça va. Et de temps en temps par téléphone, mais pas très très souvent. »

Toutefois, le médecin 7 doute sur le fait que ces mots soient lus après son passage. Et inversement, le médecin 10 ne retrouve pas toujours les mots laissés par les intervenants.

**M7** : « c'est assez inégal dans le sens où finalement on n'a pas l'impression que les notes que le médecin peut laisser dans le dossier soient forcément consultées par l'équipe à la suite quoi. C'est un petit peu frustrant (...) même en laissant le numéro de téléphone sur la première de couverture du dossier du patient, ben on se retrouve avec des couacs dans la communication qui sont quand même un petit peu regrettables. »  
Quelques médecins n'ont quant à eux pas de contact avec ces structures.

**(M2), (M6)**

Le médecin 2 ne semble en effet pas au fait de leur organisation.

**M2** : « Alors ceux qui sont en HAD ou avec le SSIAD, ben j'en ai pas trop, il n'y a pas trop de communication, oui avec les autres structures. C'est-à-dire qu'on laisse rarement des mots, il n'y a pas d'organisation au domicile du patient pour communiquer de façon valable avec eux. Ou on la cherche pas... on pourrait effectivement se renseigner sur existe-t-il une fiche de liaison... il doit y en avoir... »

- Concernant les autres intervenants para-médicaux

Les médecins 3, 5 et 8 communiquent parfois avec les autres intervenants au domicile par l'intermédiaire d'un cahier de notes, qui est parfois utilisé de façon mal appropriée par les autres intervenants.

**M8** : « même en l'absence de pluridisciplinarité officielle, on laisse chez les gens un petit cahier. Moi j'aime bien faire ça, donc il y a un petit cahier de liaison, avec les aides soignantes, les infirmières, les aides ménagères. Comme ça quand on arrive on sait s'il a mangé, s'il a de la diarrhée,... et puis nous aussi on met un petit mot, mais par écrit. Les anciens outils. »

#### **III.3.2.4. Difficultés rencontrées au domicile concernant le dossier du patient**

La moitié des médecins interrogés a déjà rencontré des difficultés dans la tenue du dossier médical de leurs patients vus à domicile.

**(M1), (M2), (M3), (M5), (M7)**

- Perte d'informations concernant les consultations précédentes

**(M1), (M2), (M5)**

**M2** : « Euh à domicile, ben manque de repères par rapport euh... aux actes précédents, par rapport aux courriers existants, par rapport aux traitements existants. »

**M5** : « le problème est plus avoir besoin d'un compte-rendu et que du coup il soit dans l'ordinateur au cabinet et que...voilà. Je m'en souviens de mémoire mais des choses plus précises auxquelles j'ai pas accès chez le patient. Ça c'est plus le problème. Oui c'est plus ça, une dernière biologie dont je veux vérifier quelque chose, je peux pas le faire sur place. »



- Problèmes liés au dossier papier
- Perte du dossier

**M3** : « parce que quelque fois ils ne retrouvent pas leur dossier, euh... parce qu'on a aussi beaucoup de mal à leur faire acheter un petit cahier, donc c'est vrai que c'est pas toujours évident. »

- Utilisation excessive par les autres intervenants

**M3** : « lorsqu'il y a un travail un petit peu d'équipe, soit les aides ménagères soit les aides soignantes ont tendance à tout noter, du coup ça devient peu utilisable parce qu'il y a vraiment trop de choses, trop de détails notés. »

- Problème de confidentialité

**M7** : « la principale difficulté c'est la confidentialité ; c'est-à-dire que ça reste quand même un document papier qui peut être accessible à tous, y compris à des personnes qui n'ont pas forcément besoin de le consulter. »

- Problèmes de prescription

**M8** : « ben c'est plus compliqué, on oublie des choses,... on est obligé de refaire souvent les ordonnances parce qu'on a oublié quelque chose... (...) il y a beaucoup plus de risques de faire des bêtises, d'oublier des choses,... même si en général c'est pas grave. »  
L'autre moitié des médecins n'a pas exprimé de difficultés dans la tenue des dossiers.

**(M4), (M6), (M9), (M10)**

**M4** : « Quand c'est du papier,..., le crayon ça marche très bien (sourire) »

### **III.3.2.5. L'utilisation d'outils informatiques en visite**

La plupart des médecins utilisent au moins un outil informatique lors de leurs visites.  
Seuls les médecins 6 et 10 n'utilisent rien.

**M10** : « par simplicité, parce qu'en fait je pourrais euh... retrouver le logiciel sur mon téléphone, mais je m'en suis pas occupé, ça m'a semblé un peu compliqué et puis... bon, je m'en sors comme ça. J'ai pas du tout, je m'occupe pas du tout de l'informatique en visite quoi. »

- Outils utilisés :
- le smartphone

**(M1), (M2), (M3), (M4), (M5), (M7), (M8), (M9)**

Applications médicales pour les prescriptions

**(M1), (M2), (M4), (M5), (M7), (M8), (M9)**

**M5** : « le Vidal sur mon téléphone, c'est tout. »

**M9** : « alors, si, j'ai quand même ma banque de données médicamenteuses sur mon téléphone »

#### Recommandations médicales

**(M1), (M2)**

**M1** : « en gros reconsulter quelques reco, des trucs comme ça, ça m'arrive. »

#### Consultation des résultats d'examens biologiques

**(M1), (M3)**

**M1** : « pour consulter des données, notamment même les prises de sang, les données bio que je reçois sur mon téléphone via le logiciel Apicrypt. »

**M3** : « je vais chercher les résultats de labo, ça je le fais, sur mon téléphone. »

#### Calcul d'honoraires

**M1** : « ça m'arrive de l'utiliser même pour faire des calculs d'honoraires quand je sais pas, parce que j'ai une application aussi pour ça. »

#### Photographies

**(M4), (M8)**

**M4** : « oui, téléphone, si je veux appeler un correspondant. Je fais des photos aussi. J'ai des belles photos d'ulcères et autres escarres. »

- la tablette

La plupart des médecins a déjà envisagé d'utiliser la tablette mais n'a pas franchi le pas dans son activité professionnelle devant l'absence de réelle utilité.

**(M2), (M3), (M4), (M5), (M7), (M8), (M10)**

**M7** : « j'ai essayé. Euh... avec Almapro, il y a une version en... sur portable qui existe, donc je me suis équipé d'une tablette. Et en fait elle est très décevante pour le moment, donc j'attends la mise à jour. »

**M8** : « j'ai un ordinateur 3 en 1, qui fait tablette et ordinateur (...). J'ai souvent pensé à l'emporter en visite mais finalement pour quoi faire, puisque notre exercice ne le nécessite pas, pour l'instant. »

**M10** : « pour l'instant je n'en ai pas ressenti réellement le besoin mais ce serait mieux d'avoir sa tablette chez le patient. »

Le médecin 9 quant à lui est même réfractaire à l'idée d'emporter un outil tel qu'une tablette ou un ordinateur portable en visite.

**M9** : « alors s'il faut avoir... ma sacoche qui pèse huit kilos. Huit kilos elle pèse, ma sacoche, hein... et puis le portable, et puis le lecteur de carte vitale, et puis... (rire) faut prendre une camionnette hein ! »

- les difficultés rencontrées dans l'utilisation de ces outils informatiques
- le réseau internet

Le problème de connexion au réseau téléphonique et internet est le premier obstacle rencontré par la plupart des médecins lors de leurs visites, et plus particulièrement ceux qui pratiquent des visites en secteur rural. Ces problèmes de réseau ne sont en effet pas mentionnés par ceux exerçant en territoire urbain.

### **(M1), (M3), (M5), (M6), (M8)**

**M5** : « Après c'est vrai que ça pourrait me donner l'occasion de voir les comptes-rendus mais je pense qu'il faut du réseau, et ça, dans nos campagnes, souvent on n'en a pas, donc... »

**M6** : « Après, il y a beaucoup de choses qui fonctionnent quand même sur réseau informatique, ou tout ce qui est connexion internet, etc... et dans les domiciles quand on va dans les campagnes ben... on a des problèmes de connexion donc... (...) il y a beaucoup d'endroits où il n'y a pas de réseau, tout court, ni déjà téléphonique, alors...pour avoir une connexion informatique, on n'y est pas encore. »

- logiciel médical non adapté

**M2** : « à ce jour je ne suis pas équipé de moyens me permettant justement cette interaction entre le dossier médical et la visite. Le logiciel n'est pas exploitable à distance puisque c'est un logiciel qui est sur le serveur du cabinet, donc incapacité à l'interroger à distance. »

### **III.3.3. Le Dossier Médical Partagé**

#### **III.3.3.1. Point de vue des médecins généralistes à l'égard du nouveau DMP**

Dans l'ensemble, les médecins adhèrent à la mise en place de ce nouveau DMP.

### **(M1), (M2), (M3), (M4), (M5), (M6), (M8), (M10)**

**M3** : « Oh moi sur le principe je suis pas contre du tout, après euh... voilà... »

**M4** : « Eh bien, ce sera bien quand ce sera mis en place, c'est-à-dire quand ça..? (...) Mais bon, ça va être parfait ça ... ça devrait être parfait quand ça marchera. Hum hum... j'en pense du bien, c'est le progrès.»

Les médecins 7 et 9 n'ont, eux, pas émis d'opinion à ce sujet.

**M7** : « euh, ben j'en pense pas grand-chose pour le moment. Ça vient tout juste de se mettre en place..., nos correspondants ... de toute façon étaient pas particulièrement équipés. En tous cas à l'hôpital on n'avait pas l'impression qu'ils l'utilisaient ; là ça commence à se mettre en place. »

Cependant ils expriment tous des interrogations quant à son utilisation.

### **III.3.3.2. Place du DMP dans la communication entre la Ville et l'Hôpital**

- Intérêt du DMP pour améliorer la communication entre Ville et Hôpital

Pour la grande majorité des médecins, le DMP est perçu comme un outil pouvant améliorer la communication entre la Ville et l'Hôpital.

**(M1), (M2), (M4), (M5), (M6), (M7), (M8), (M9), (M10)**

- Sens « Ville vers Hôpital »

**(M1), (M2), (M5), (M7), (M10)**

**M2** : « dans le cadre Ville -> Hôpital, on est au B.A.BA, donc effectivement le DMP c'est tout de même une bonne interface. »

**M10** : « oui, très bon outil. Ben pour qu'ils aient au moins les données, les antécédents, tout ça hein, parce que...les dernières ordonnances, c'est sûr, ça c'est intéressant aussi quoi. »

- Sens « Hôpital vers Ville »

**(M1), (M4), (M5), (M6), (M8)**

**M5** : « si ça nous permettait, nous, d'avoir les... des choses plus précises de l'hôpital, même si avec les lettres de liaison ça s'est bien amélioré mais... des choses plus précises de l'hôpital quand ils ressortent ; parfois on voit les patients avant d'avoir le compte-rendu et c'est compliqué. Après je pense qu'on ne peut pas tout mettre sur le DMP, ce serait trop lourd, donc je ne sais pas comment ça peut. »

**M6** : « le patient s'il sort de l'hôpital, on n'a pas forcément le compte-rendu d'hospitalisation mais s'il y a moyen d'insérer quelques données de sortie dans le DMP, nous on l'ouvre une fois qu'on est ici, je pense que ça fait une meilleure prise en charge pour le patient »

- Certains médecins considèrent la communication entre Ville et Hôpital déjà correcte

**(M2), (M3)**

**M2** : « la communication hôpital -> ville se fait de façon à peu près correcte, bien qu'il y ait des problèmes dans les... »

### **III.3.3.3. Freins à la mise en place du DMP**

- Caractère chronophage

**(M1), (M2), (M6), (M8), (M10)**

**M1** : « ça demande beaucoup de temps sur des journées de consultations qui sont déjà énormément chargées »

**M8** : « A mon avis les médecins généralistes utiliseront le DMP quand ça leur servira de logiciel, mais pas en double, c'est hyper chronophage. »

- outil insuffisamment performant

**(M1), (M2), (M8)**

**M1** : « L'utilisation – j'ai essayé de le faire récemment - est pas si ... optimale que ça, ...ça demande un peu de temps, de connexion – moi j'ai essayé de télécharger un compte-rendu de RCP dessus, je crois que ça n'a pas marché – donc ça demande un petit temps d'adaptation à l'outil pour l'interface qui est entre notre logiciel et le DMP, et pour le moment j'en ai une utilisation très limitée de ce fait là. »

**M8** : « C'est pas très ergonomique on va dire. (...) c'est comme n'importe quel site, on rentre là-dedans, c'est fouillis, il y a plein de petits trucs, moi je (ne) trouve pas ça beau ni pratique, mais on va dire c'est faisable. »

- méconnaissance et difficultés des médecins
- quant à son fonctionnement

**(M2), (M4), (M10)**

**M2** : « On n'a pas encore vraiment de technique pour le transfert des informations du dossier vers le DMP. »

**M10** : « Alors le nouveau DMP, pour moi c'est assez nouveau, donc... j'ai commencé hier (rire) et... j'ai bloqué assez vite, et je me suis dit que j'allais revoir ça ce weekend (...) »

Le médecin 7 est le seul à s'être équipé du logiciel ICANOPE, logiciel payant permettant la gestion du DMP de ses patients. Malgré cela, il ne se sent toujours pas à l'aise avec le DMP.

**M7** : « je suis équipé du logiciel ICANOPEE depuis 18 mois. J'avais fait la formation initiale, va falloir que je m'y remette, mais pour le moment je suis pas encore bien à jour là dedans. » (25)

- quant à son contenu

### **(M3), (M9)**

**M3** : « alors je me suis pas beaucoup penchée sur le DMP mais je pense pas qu'on mette nos observations dessus, on met juste des petites mentions ? »

**M9** : « Si chacun, dans le dossier d'un patient, y ajoute son grain de sel, ça risque d'être encore plus... (...) Faut pas y mettre n'importe quoi. Faut pas y mettre tout le dossier, l'intégralité du dossier, je crois que c'est pas ça. Mais c'est le risque. »

- Problématiques de la mise à jour du DMP

### **(M4), (M5), (M7)**

**M5** : « Ma seule réserve, c'est que le traitement sera pas mis à jour régulièrement, qu'il faudra qu'on pense à le mettre à jour, enfin c'est ce qui me... avec les patients, je leur dis toujours qu'il faudra qu'ils aient leurs ordonnances avec eux parce que moi je ne suis pas sûre de, à chaque modification dans le traitement de fond des personnes âgées, de penser à aller enregistrer sur le DMP. C'est un peu ce qui me bloque. »

- Partage des données avec les autres professionnels de santé

### **(M4), (M7)**

**M4** : « parce que si le traitement a été modifié récemment et que ça a pas été rentré dedans, tu l'as dans l'os,... ou s'il va voir son cardiologue, qu'il modifie le traitement, et qu'il le met pas dans le DMP... il faut que tout le monde joue le jeu. »

**M7** : « Un courrier que je rédige à l'informatique, en intégrant l'ensemble des antécédents, le traitement... délivré au patient, et dans le devenir que ça a... par exemple à l'hôpital, enfin surtout à l'hôpital, où finalement on n'a pas l'impression que ça a été lu... Est-ce que les gens vont prendre le temps de regarder ce qu'il y a sur le DMP, ce serait souhaitable... à voir... »

- Sécurisation du DMP

**M9** : « Dans l'avenir, ce sera sûrement un outil de communication très très bien, à condition que le secret médical soit respecté .... Que ce soient vraiment des réseaux sécurisés. Le DMP, il sera sécurisé, sans doute ; il est sans doute sécurisé, mais... mais... on sait pas comment il est sécurisé ! »

- Le DMP, un tiers dans la relation entre médecins

Pour le médecin 7, si le DMP peut permettre de gagner du temps dans le recueil d'informations, cela ne doit en revanche pas remplacer la relation entre les deux professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge du patient.

**M7** : « a priori, la communication ville – hôpital, ça reste quand même une communication entre deux professionnels, un professionnel hospitalier et un professionnel libéral. Euh... que ça passe par un courrier adressé au professionnel, euh... dans un sens ou dans l'autre, me paraît plus judicieux que de passer par un tiers que représente le DMP. »

- le DMP : doublon du logiciel professionnel médical

**M8** : « à mon avis les médecins généralistes utiliseront le DMP quand ça leur servira de logiciel, mais pas en double, c'est hyper chronophage. »

- Alternatives existantes à l'informatique

Certains médecins ont déjà mis en place, ou envisagent de le faire, ce qu'ils appellent un « DMP rustique » (M7), une fiche médicale de synthèse que les patients gardent avec eux et peuvent présenter au médecin en cas de consultation en urgence.

### **(M5), (M7)**

**M5** : « après ce qu'on pourrait faire et qui serait peut-être bien c'est de mettre une feuille de synthèse chez les patients âgés qu'on voit en visite, avec au moins les antécédents et les traitements. Ça pourrait être une bonne chose. »

**M7** : « je laisse un dossier papier au domicile du patient, qui permet aussi finalement quand il y a l'intervention d'un autre médecin que moi, par exemple SOS, ou si le patient doit aller aux urgences, ça permet qu'il emmène le document. C'est un DMP rustique. »

## **III.3.4. Le développement de la télémédecine**

### **III.3.4.1. apparition des cabines connectées**

Les avis étaient assez variés concernant l'apparition de cabines connectées. Tous les médecins y voient un intérêt potentiel, hormis le médecin 10, seul réfractaire à cette évolution des pratiques.

**M10** : « ça me semble pas être un progrès majeur. En plus je trouve qu'on est quand même beaucoup de médecins en France, et que ça me semble invraisemblable de ne pas arriver à soigner tout le monde. Et les cabines connectées, je vois pas ce que ça peut m'apporter quoi. »

Le médecin 5 compte justement participer à une cellule de discussion mise en place par l'ARS et la Sécurité Sociale à ce sujet.

- Aspects positifs de l'installation de cabines connectées
  - Lutte contre les déserts médicaux

### **(M4), (M5), (M6), (M9)**

**M5** : « la télémédecine je pense que ça peut aider au niveau de la démographie médicale ; c'est vrai que nous on bloque des créneaux de visite (...) Si on savait qu'on n'a pas de déplacement à compter en temps et qu'on a un quart d'heure à passer avec le patient derrière l'ordinateur,... ça s'inclurait dans plus de consultations dans la journée certainement. »

**M6** : « Euh... La télémédecine je pense qu'on n'aura pas trop le choix d'y venir du fait des déserts médicaux, le manque de docteurs. »

- Limitation des demandes d'accès aux services d'urgences

**M1** : « pour moi c'est très très intéressant, notamment pour les EHPAD qui sont reculées. (...) parce qu'on sait qu'il y a des dizaines et des dizaines de patients qui font des allers-retours tous les ans sur une planche en bois aux urgences pour... rien ; sur (l') inquiétude du personnel para-médical qui est souvent très légitime (...), et notamment la nuit, parce que c'est souvent la nuit que les patients sont envoyés (..) ».

- Amélioration de la prise en charge des patients en EHPAD éloignés

**(M1), (M2), (M7)**

**M2** : « Et peut-être d'avoir même un suivi plus régulier, parce qu'en fait on arrive à des solutions où, comme avec l'ensemble des patients, on essaie d'espacer les consultations de renouvellement quand l'état est satisfaisant,... ça permettrait peut-être d'avoir une surveillance plus régulière tout en évitant des déplacements. »

- Limitation des déplacements pour le médecin généraliste

**(M1), (M2), (M5)**

**M2** : « Oui je pense que ça permettrait de résoudre un certain nombre de petits problèmes,... effectivement,... qui nous obligent à des déplacements qu'on n'a pas toujours le temps de réaliser. »

**M5** : « ça pourrait peut-être éviter, oui, des déplacements qui prennent du temps, et qui pourraient être gérés peut-être plus facilement »

- Limitation des transports médicalisés et de leur coût

**(M1), (M3), (M6)**

**M3** : « c'est vrai que ça permettrait d'éviter des transports,... qui doivent coûter relativement cher, qui sont parfois douloureux pour les patients, il y a des patients qui supportent très mal les transports. C'est vrai que ça pourrait être utile. Je pense vraiment, que pour les spécialistes. »



**M6** : « Je pense qu'on n'aura pas d'autre choix que d'y venir pour certaines pathologies en tous cas, peut-être certaines spécialités aussi où il y en a pas dans le coin, ou avec des délais de consultation super longs ; mais... à voir... je sais pas. »

- Les contraintes liées à l'utilisation des cabines connectées
  - Présence nécessaire de personnel para-médical

**(M1), (M5), (M7), (M10)**

**M5** : « S'il y a vraiment des cabines et s'il y a un professionnel para-médical qui est présent sur place, je pense que ça peut être intéressant pour pas mal de choses. »

**M10** : « Disons que je pense qu'il faudra quand même toujours qu'il y ait une troisième personne qui soit là, du style une infirmière, ou... »

- Difficulté d'organisation temporelle entre médecin/patient/assistant médical

**M7** : « ça veut quand même dire prendre rendez-vous, ça veut dire qu'il faut que le médecin soit disponible d'un côté, que le patient et son infirmier soient disponibles aussi de l'autre. »

- Problème de la connectivité au haut débit

**M7** : « En pratique, ben d'abord il va falloir quand même de la fibre un peu partout, euh... (...) Je sais qu'il y a des EHPAD qui sont hors connexion à très haut débit. »

- Coût de l'investissement

**(M4), (M7)**

**M4** : « Ah ! La télémédecine ! Alors là je demande à voir aussi ! Qui va payer ? (...) Je pense qu'on peut dépenser de l'argent autrement et être plus efficace. Parce que ça va coûter la peau des fesses ça en plus !? »

- Les risques de la télémédecine
  - Perte du rapport à l'humain

**(M3), (M4), (M5), (M6), (M9)**

**M3** : « ça reste important qu'il y ait un médecin généraliste qui examine régulièrement. »

**M9** : « En plus les gens en EHPAD, ils ont besoin de contact, c'est pas... Vous les voyez, devant un écran, un petit papy, plus ou moins Alzheimer ? Non, non non non. »

- Erreurs de diagnostic

**(M4), (M9)**

**M4** : « Mais ça fait un peu médecine robotique... Et qui va palper l'abdomen du papy en occlusion ? C'est pas la cabine ! »

**M9** : « Alors la télémédecine c'est les consultations par télé.... ?! Je pense que ça répondrait à un besoin, ou une carence, en médecins ; je pense que c'est risqué. C'est très risqué parce qu'on ne peut bien appréhender une situation que lorsqu'on est vraiment, à mon avis, en face à face, pas par l'intermédiaire de l'outil. »

- Des médecins généralistes plus facilement sollicités

C'est l'avis du médecin 9, qui craint par ce biais d'être dérangé en dehors de ses horaires de travail.

**M9** : « Et puis, je crois que c'est pas le truc à faire parce qu'après ce sera beaucoup plus facile de déranger, effectivement, les médecins à domicile, par télémédecine (rire). Non non. C'est pareil, moi je ne donne pas mon adresse mail à mes patients, il faut que ce soit séparé. Sinon c'est la porte ouverte à l'esclavage. »

### **III.3.4.2. les outils connectés**

Peu de médecins ont évoqué les outils connectés lors des entretiens. Ces médecins ne sont pas favorables à l'utilisation de ces outils pour leurs patients.

**(M7), (M8), (M9)**

**M7** : « Après si on parle d'outils connectés, enfin d'outils ou d'éléments de diagnostic connectés, ça peut être intéressant ; des défibrillateurs, des sondes cardiaques, des choses comme ça, ... ça peut donner de l'information. Est-ce que les patients sont mieux suivis, ... c'est en tous cas une façon peut-être d'exercer un contrôle un peu plus obsessionnel sur lui, certes, il se sent plus rassuré, peut-être, mais est-ce que c'est réellement plus bénéfique pour lui, j'en sais rien. »

**M8** : « Il y en a certains qui proposent déjà des outils de téléconsultation, des boites privées, et je sais pas si vous connaissez les prix mais c'est complètement... ça vaut vraiment pas le coup. (...) On perd moins de temps et d'argent à aller directement chez le patient et faire les choses nous-mêmes. (...) Avant, comme téléconsultation, il y avait l'histoire de l'ECG, on pouvait faire un électro puis on demande à quelqu'un qui est payé pour les lire ; mais c'est pareil, c'est un fric fou. Tout ça c'est des outils super, mais personne ne les utilisera, à ces prix là c'est pas possible. »

### **III.3.5. le développement des outils informatiques en médecine générale**

#### **III.3.5.1. Intérêt dans la prise en charge du patient à domicile**

- Meilleure traçabilité et lisibilité du dossier médical

**(M2), (M3), (M5), (M8), (M10)**

**M5** : « Euh... ben traçabilité déjà, l'informatique je pense que c'est une très bonne chose, moi, que les choses soient écrites, un dossier médical bien tenu je pense que ça évite des sources d'erreur, ... ne serait-ce que vérifier les antécédents quand on prescrit quelque chose c'est super important. »

**M10** : « ça peut apporter tous les avantages de l'informatique hein, c'est-à-dire voir tous les antécédents, tous les examens complémentaires, ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, ... moins de perte qu'un dossier papier. »

- Support informatif unique

### **(M6), (M10)**

**M6** : « Mais à domicile on est bien obligé d'emporter quand même un minimum de données, donc c'est vrai que si on pouvait plutôt l'avoir sur informatique que de trimbaler le dossier papier, oui, ce serait mieux. Déjà plus pratique, et si on pouvait avoir toutes les données sur un seul support plutôt que de consulter un bout sur l'ordinateur avant de partir, un bout dans le dossier papier, c'est source d'erreurs en plus, donc oui, ce serait une bonne chose. »

- Gain de temps

**M8** : « moi en tant qu'amoureuse de l'informatique, bien sûr que tout ça c'est mon rêve, parce qu'une fois que c'est bien fait, c'est vraiment un gain de temps extraordinaire (...) oui l'informatique et la visite bien sûr, pour moi ça tombe sous le sens si c'est bien fait.»

### **III.3.5.2. l'outil informatique: ne résout pas toutes les difficultés rencontrées à domicile**

Finalement la difficulté de tenue du dossier médical n'est pas la seule problématique rencontrée lors des visites à domicile.

**M7** : « La prise en charge des patients à domicile, elle est compliquée. (...) Mais finalement, cette prise en charge, c'est pas vraiment l'outil informatique qui va t'améliorer les choses.»

### **III.3.5.3. Effets sur la pratique du médecin généraliste**

- un professionnel plus efficace

### **(M2), (M5), (M7), (M8), (M9)**

**M2** : « Je pense que c'est une meilleure organisation de son travail, une plus grande efficacité »

**M5** : « une qualité de réflexion sur le dossier du patient

**M8** : « une énorme amélioration de la pratique. »

- un dossier médical optimisé

**(M1), (M3), (M5), (M7), (M8), (M9)**

**M3** : « Alors ça permet de ne pas oublier, de se mettre des petits pense-bêtes, facilement accessibles »

**M5** : « si on se sert bien du dossier médical, on peut avoir l'ensemble des informations qui sont notées, sous réserve de s'astreindre à les mettre à jour régulièrement. »

- une meilleure lisibilité du dossier médical

**(M1), (M2), (M3), (M5), (M6), (M9), (M10)**

**M1** : « Tout avoir en quelques secondes sous la main, ça c'est vraiment optimal. »

- une sécurisation des prescriptions

**(M1), (M3), (M4)**

**M1** : « ça donne accès à la liste des antécédents et aux allergies avec des algorithmes de blocage donc ça évite des erreurs médicales, ça affine les diagnostics et la compréhension du dossier. »

**M3** : « Sur l'aide à la prescription c'est vrai aussi que quelques fois il y a des interactions qu'on peut ignorer et ça peut être utile.»

- un accès plus facile à l'information médicale

**M9** : « Euh... un accès facile aux données médicales, qu'elles soient personnelles ou directement sur des sites médicaux, sur internet. »

- un gain de temps

**(M1), (M4), (M6), (M7), (M8), (M9)**

**M1** : « ça me fait gagner du temps aussi sur le déchiffrage, gagner du temps sur les réévaluations de traitement »

**M9** : « normalement, si ça marche bien, ça devrait être un gain de temps. »

- du lien entre les différents intervenants et rupture de l'isolement

**(M1), (M7)**

**M1** : « ça permet aussi du lien sécurisé entre tous les intervenants de santé (...) et puis ça permet d'avoir un contact rapide avec les confrères, euh par des mails sécurisés, des choses comme ça. »

**M7** : « Et faut pas, finalement, avoir trop peur de l'exercice individuel, parce que finalement, les outils, en particulier informatiques, dont on dispose, font qu'on n'est pas du tout du tout

isolé. (...) Je suis en solo mais je travaille au sein d'une équipe. Et pourtant je suis dans un cabinet individuel. Et ça, je pense que l'outil informatique a bien développé cette possibilité. »

- un gain de place

**(M6), (M7)**

**M6** : « et puis ça prend moins de place que d'avoir des armoires d'archives entières. »

- une lecture plus facile pour le pharmacien et le patient

**M1** : « Le pharmacien est bien content parce que c'est plus facile à lire, les patients sont bien contents parce qu'ils arrivent à lire les compte-rendus »

#### **III.3.5.4. Mais quelques réticences**

**(M4), (M9)**

**M4** : « Je sais pas.... Logiquement oui, parce que c'est le progrès, mais je demande à voir. Parce qu'on arrive à se démerder quand même. »

**M9** : « Dans l'avenir, ce sera sûrement un outil de communication très bien, à condition que le secret médical soit respecté. Que ce soient vraiment des réseaux sécurisés. »

#### **III.3.5.5. l'outil informatique idéal**

Parmi tous les médecins interrogés, seul le médecin 9 n'a pas d'outil informatique idéal.

**M9** : « Le malade il met son doigt là, et il y a l'ordonnance qui sort là. Non mais c'est même pas du rêve, c'est de la bêtise. Non, je crois que... on n'est pas des robots ; et l'informatique, il risque de nous robotiser s'il se développe de trop. Il faut qu'on garde... on dit que la médecine est un art (...) »

- Un logiciel médical
  - Unique et universel

**(M1), (M6), (M8), (M10)**

**M1** : « Un logiciel commun, qu'on arrête de nous embêter avec des logiciels qui se développent chacun de leur côté, un peu boiteux, qui coûtent énormément cher »

**M6** : « On aurait quelque chose d'universel, qu'on pourrait emmener partout, ce serait sans doute l'idéal. »

Qui serait également le même dans les EHPAD.

**M7** : « En maison de retraite, ben finalement on subit le choix de je sais pas trop qui (...) Après c'est vrai que de devoir, en tant que médecin traitant, intervenant dans plusieurs EHPAD différents, on peut avoir affaire à plusieurs logiciels très différents, et avec des logiques complètement, enfin pas opposées mais très variées (...) »

- Connecté

**(M1), (M8)**

**M1** : « Mais là tout de suite ce que j'aurais envie c'est qu'on ait tous le même, qu'il soit connecté »

**M8** : « Sur Cloud bien sûr, qu'on puisse y avoir accès partout »

- Facile d'utilisation

**(M3), (M6), (M10)**

**M3** : « il faudrait qu'il ne bugue jamais (rire), qu'il soit... avec une plateforme en cas de problème qui réponde facilement »

**M10** : « ce serait un nouveau logiciel que tout le monde aurait dans toute la France, le même, et qui serait très simple,... parce que c'est sûr que chaque logiciel a des possibilités innombrables que moi je n'utilise absolument pas, et ça serait clair, ça serait simple ... »

- Optimisé pour le médecin traitant avec accès pour les différents intervenants

**M1** : « je rêverais d'un logiciel commun qui soit optimisé pour les médecins, ben avant tout généralistes, mais également peut-être qui puisse avoir des ponts ou des entrées pour l'hôpital. »

- Avec synchronisation automatique avec le DMP

**M5** : « Ah l'idéal par contre du DMP ce serait que ce soit une mise à jour automatique, ça ce serait génial. Avec les traitements qui se mettent à jour automatiquement sans qu'on n'ait de choses à faire. Que ça se synchronise, ça ce serait chouette. »

- La tablette, support informatique privilégié

Tous les médecins interrogés pensent que la tablette est le support informatique le plus adapté pour les visites à domicile.

**(M1), (M2), (M3), (M4), (M5), (M6), (M7), (M8), (M10)**

- Avec connectivité visuelle et audio

**M2** : « Une tablette élaborée qui puisse à la fois permettre de la connectivité visuelle et audio, de voir des...par exemple... la même chose en ce qui concerne les problèmes de

plaies, d'ulcères, les problèmes de... je pense qu'on ne fait pas suffisamment appel à l'outil informatique. »

- Permettant la lecture de la carte vitale et la télétransmission

**(M3), (M4), (M5), (M8)**

**M4** : « une tablette hyper performante, avec euh... qui fasse lecteur, tu mets la carte vitale et hop, ça fait tout quoi, et ça envoie à la Sécu les feuilles de soins »

**M5** : « L'idéal serait qu'on ait des lecteurs qui nous permettent d'aller passer les cartes vitales aussi chez les patients, mais ça coûte assez cher donc euh... on l'a pas pris. »

- Transmission directe des ordonnances à la pharmacie

**(M4), (M8)**

**M8** : « Un QR code et puis voilà, j'ai l'ordonnance envoyée directement »

- Permettant le paiement par carte bleue

**(M4), (M8)**

**M4** : « une tablette, hop tu mets l'écran, tu mets... s'ils veulent payer par carte de paiement, pof tu mets la carte »

- Mais un frein récurrent : le réseau internet

**(M5), (M6)**

**M5** : « toujours sous réserve de réseau »

- Place du DMP dans l'évolution des pratiques

**(M1), (M3), (M6), (M8)**

**M6** : « C'est-à-dire que le DMP, si c'est extrêmement performant, au niveau euh... comment dire... vitesse, si je puis dire, une ouverture qui soit rapide sur nos machines, une alimentation qui soit facile, (...) sur un outil, alors je sais pas moi, si c'est un PC portable ou quoi, qu'on puisse emmener à domicile, oui, on aurait quelque chose d'universel, ce serait sans doute l'idéal. »

**III.3.5.6. conséquences du développement de l'outil informatique dans la prise en charge du patient, du point de vue du médecin**

- un médecin plus efficient

**(M1), (M6), (M7), (M9), (M10)**

**M1** : « ben un médecin qui est plus pertinent, qui vous connaît mieux »

**M7** : « ben peut-être d'avoir un médecin qui se perd moins dans ses fiches, dans son dossier,... (rire) c'est quand même déjà pas mal. »

- une prise en charge globale meilleure et plus sûre

**(M2), (M3), (M4), (M5), (M6), (M8), (M9)**

**M3** : « globalement pour le patient je pense qu'il est mieux traité »

- une sécurisation de ses données personnelles

**(M1), (M3), (M7), (M8)**

**M1** : « ben il y a ça, la sécurité de pas avoir ses données décryptées, la sécurité qu'elles ne soient pas perdues ; »

- des prescriptions plus sûres

**(M2), (M5), (M8)**

**M8** : « il y a moins d'erreurs, je suppose, sur les ordonnances, ... c'est plus lisible, il y a moins d'erreurs avec le pharmacien ; »

- un accès direct aux résultats biologiques

**M3** : « Alors pour lui il y a un accès direct à ses résultats biologiques, donc ça c'est pas mal »

- un accès aux informations médicales grand public

**(M8), (M9)**

**M8** : « d'avoir internet aussi, il y a les informations médicales - l'outil informatique, internet en fait partie - pour eux c'est très bien, moi ça ne me gêne pas du tout qu'ils viennent avec un pré-diagnostic, au contraire ; »

- une simplification administrative

**(M5), (M8)**

**M8** : « la télétransmission, ils ont plus à envoyer les feuilles ils sont contents comme tout, il y a plein de choses comme ça. »

### **III.3.5.7. Les revers du développement de ces outils informatiques**

- un médecin généraliste sur-sollicité



- multiplication des motifs de consultation

**M3** : « Mais il faudrait qu'on ait peut-être un petit peu plus de temps pour pouvoir effectivement tout voir et tout faire sur une seule consultation. C'est un peu le souci qu'on a actuellement avec des consultations à rallonge où on a trop de points à voir. C'est un petit peu aussi le contrecoup de cette multitude d'informations dont on est maintenant les destinataires. »

- multiplication des sources d'information

**M3** : « Avec la multiplication des sources d'information : courrier, internet, fax, ça fait augmenter le risque d'oubli voire d'erreur. »

- une critique plus facile de la décision médicale

**M9** : « Maintenant le risque aussi de... de l'informatique, et de l'accès aux données scientifiques, ben c'est qu'on... c'est qu'on critique de façon négative nos prescriptions, c'est possible ça ; faut qu'on s'en méfie. Faut se méfier parce que les gens, ... peuvent très bien dire « eh vous avez fait ça, c'est pas ça qu'il fallait faire. » Donc c'est comme tout , il y a des avantages et des inconvénients. (...) Il faut pas que ça dépasse un certain... pour ne pas devenir... quelque chose qui gêne, ou qui dévalorise aussi notre profession, parce que bientôt, les patients ils sauront mieux que nous ce qu'il faut faire quoi. Hein...»

- altération de la relation médecin-malade

**M10** : « d'abord le côté négatif, je pense, c'est que ça doit l'énerver qu'on soit tout le temps à regarder notre écran quand on l'a en face de soi ; parce que moi quand je vais dans une administration, ou que j'ai quelqu'un en face de moi, et puis qu'il passe sa vie sans même me regarder, qui regarde que son écran, ça m'énerve (rire). Donc je pense que voilà, ça casse un petit peu la relation médecin-malade. »

## **IV. DISCUSSION**

### **IV.1. Force de l'étude**

- Originalité de l'étude

L'outil informatique est aujourd'hui devenu incontournable. Il a envahi notre quotidien, que ce soit sur le plan privé comme sur le plan professionnel. De ce fait, il fait aujourd'hui partie intégrante de la pratique de la médecine. Cette étude permet d'évaluer le niveau d'appropriation de l'outil informatique par les médecins généralistes et leur regard sur l'apparition des nouvelles technologies.

- Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

L'étude qualitative fait la force de l'étude parce que l'ensemble des réponses proviennent directement des médecins sans trop d'influence du chercheur. Les entretiens semi-dirigés ont été privilégiés aux focus groups pour permettre de laisser venir les informations sans impression de jugement ou d'influence.

- Ignorance de l'objectif recherché par les médecins interviewés

Le biais d'information a été évité en ne révélant pas l'objectif de l'étude aux médecins interviewés préalablement à l'entretien.

- Acceptation interne

Le consentement éclairé écrit et signé a été recueilli pour chaque médecin avant de débiter l'entretien.

### **IV.2. Faiblesse de l'étude**

- Le biais de mesure

En tant que chercheur principal et cette étude étant ma première étude qualitative, certaines de mes questions ou relances ont pu être trop directives ou influencer le médecin. Cela se confirmait à la relecture, même si cela concernait essentiellement les sujets traités et non le sens de la réponse donnée au sujet abordé.

- Le biais de sélection

L'échantillonnage était non aléatoire, mais ceci n'est pas obligatoire dans une recherche qualitative.

- Le biais de déclaration

On peut s'interroger quant aux informations émises par les médecins interviewés, à savoir s'ils ont bien donné toutes les informations concernant leurs pratiques, leurs avis et les obstacles perçus. Des informations ont pu être omises devant la peur d'un jugement, ou

simplement parce qu'elles étaient tellement habituelles qu'elles ont été considérées, volontairement ou non, comme inutiles à reporter par le médecin.

- Le biais d'analyse

L'analyse thématique est influencée par l'expérience du chercheur. Etant novice dans les études qualitatives, que ce soit dans les interviews comme dans l'analyse, celle-ci a pu être influencée par ma propre vision de la problématique.

### **IV.3. Les médecins généralistes et l'outil informatique**

Les jeunes médecins, qui ont grandi avec l'ère de l'informatique, sont tous à l'aise avec l'outil informatique. Les médecins de plus de 45 ans se sont en revanche moins bien approprié cet outil, que ce soit par manque d'intérêt ou à cause de difficultés d'utilisation non surmontées, à l'exception du médecin 8, un grand adepte de l'informatique qui crée lui-même ses logiciels de travail.

Au cabinet, tous les médecins sont informatisés, et ce, pour les plus âgés, depuis de nombreuses années. Tous travaillent avec un logiciel médical, installé en réseau avec leurs confrères lorsqu'ils travaillent en groupe, et avec leur secrétariat. Ils se sont tous bien approprié cet outil dans leur pratique professionnelle.

L'apparition des logiciels médicaux a été une première révolution dans la gestion du dossier médical du patient. Les médecins interrogés en ont tous retiré plusieurs bénéfices: en premier lieu sur le plan pratique, avec un gain de place dans des cabinets jusqu'alors envahis par les dossiers papier, mais aussi un gain de temps, tout en ayant une meilleure traçabilité et lisibilité du dossier patient.

De plus, l'outil informatique permet pour les médecins travaillant en cabinet individuel de rompre cet isolement. Comme l'explique le médecin 7, cela permet de s'inscrire dans une collectivité territoriale et d'être intégré à une équipe, même pour ceux qui travaillent seuls, grâce aux outils tels que le secrétariat téléphonique à distance, les messageries sécurisées,...

Toutefois, l'outil informatique a aussi des effets pernicioeux : Si cet outil facilite grandement l'accès aux données médicales du patient, cela multiplie les sources (courrier, fax, messagerie sécurisée) et la masse d'informations recueillies par le médecin, avec le risque de laisser échapper « l'information importante », et multiplie les motifs lors d'une même consultation médicale, ce qui « alourdit » la consultation. C'est ce qui dérange le médecin 3, qui s'inquiète du risque de passer à côté d'une information médicale pour ses patients, voire d'aller jusqu'à l'erreur médicale.

Enfin, comme l'explique le médecin 10, l'outil informatique peut apparaître, pour le patient, comme un tiers, une barrière entre lui et son médecin, pouvant altérer la relation médecin - malade. Le médecin retranché derrière son écran ne semble plus aussi disponible et à l'écoute de son patient.

## **IV.4. La visite à domicile, une prise en charge particulière**

Une étude réalisée en 2016 auprès de médecins généralistes normands interrogeait sur les conséquences de l'instauration d'un suivi à domicile sur la prise en charge du patient. Les principales modifications relevées étaient la baisse de la qualité de l'examen clinique, l'adaptation des objectifs à l'environnement du patient afin d'assurer son maintien à domicile. Le rôle primordial de l'entourage et des paramédicaux dans la gestion des soins et du confort du patient était également mis en exergue. (26)

### **IV.4.1. Une consultation complexe**

- Des conditions d'examen compliquées

La consultation à domicile est vécue par les médecins comme une situation complexe, et ce à divers égards : conditions d'examen souvent inadaptées rendant l'examen clinique moins précis, interruption de la consultation par un tiers,... avec un médecin qui n'a pas à sa disposition tout le matériel médical permettant un examen clinique approfondi.

- Caractère chronophage

La visite à domicile, de par sa complexité, nécessite un temps de présence auprès du patient prolongé par rapport à une consultation au cabinet (parfois doublé). Sans compter le temps de trajet, vécu comme une perte de temps dans un emploi du temps déjà très chargé, et dans un contexte de forte pression de la patientèle.

- Difficulté de tenue du dossier médical

A domicile, l'accès aux données du dossier patient est compliqué. Les médecins ne disposent pas encore de tous les outils nécessaires pour avoir un accès externalisé aux dossiers médicaux.

Généralement, soit le médecin consulte le dossier informatisé du patient au cabinet avant de partir en visite, imprimant parfois les derniers examens complémentaires et l'ordonnance. Soit il dispose d'un dossier papier, stocké au cabinet et qu'il emporte avec lui, ou laissé au domicile du patient. Dans ce dernier cas, plusieurs problèmes se posent : la question du secret médical et de la confidentialité du dossier, qui peut être lu par n'importe qui, l'utilisation non appropriée ou excessive par les autres intervenants, et parfois même la perte du dossier.

Dans les deux cas, la difficulté de récupération des examens complémentaires fait partie des obstacles à la tenue de ce dossier.

De retour au cabinet, seul un médecin sur deux retranscrit systématiquement ses visites. Ce manque de rigueur est source de perte d'information dans le dossier médical et peut être délétère pour la prise en charge. Les raisons principales évoquées sont le manque de temps pour compléter le dossier ou l'absence d'information pertinente à retranscrire.

- Prescriptions moins sûres

Lors des visites à domicile, la moitié des médecins imprime l'ordonnance avant de partir. En cas de visite de renouvellement, se pose la question, comme l'indique le médecin 1, de la réévaluation du traitement. On peut effectivement s'interroger sur le fait que la pré-écriture de l'ordonnance puisse être un frein à sa modification.

A l'inverse, pour certains médecins, le fait de ne pas disposer des prescriptions précédentes peut être une source d'oublis dans la rédaction de la nouvelle ordonnance.

#### **IV.4.2. Difficultés de communication entre professionnels de santé**

Dans la prise en charge des patients à domicile, les médecins reconnaissent le rôle prépondérant des intervenants paramédicaux ou sociaux dans le suivi du patient.

Concernant les règles de partage du secret médical, la loi reconnaît que les professionnels prenant en charge un patient, lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, sont considérés comme constituant une équipe de soins. (27) (28)

LOI santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96 (V)

*Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :*

*1° (...)*

*2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;*

*3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.*

Article L113-3 Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 77

*I.-Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées en perte d'autonomie coordonnent leurs activités en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.*

*II.-Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.*

*Toutefois, ils peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code.*

Cependant, la communication entre médecins et paramédicaux est souvent jugée restreinte et maladroite par les praticiens eux-mêmes.

Dans le contexte particulier de l'HAD, à l'exception de rares appels, les médecins n'ont pas de contact avec les intervenants de la structure. La communication passe uniquement par un dossier papier mis en place par la structure, dont le médecin 2, malgré son expérience professionnelle, ne semblait pourtant pas connaître l'existence.

Concernant le SSIAD, la communication est plus fluide. Les équipes soignantes contactent facilement le médecin, qui sait se rendre disponible en cas de difficulté de prise en charge.

En ce qui concerne les intervenants sociaux (auxiliaires de vie,...) les informations transmises au médecin sont souvent jugées inadaptées, surabondantes, ou peu pertinentes d'un point de vue médical.

De leur côté, les médecins ont parfois le sentiment que leurs consignes ou prescriptions ne sont pas suivies par ces intervenants. Certains d'entre eux éprouvent même un sentiment d'échec dans la prise en charge pluri professionnelle de leurs patients à domicile.

Cette difficulté de contact est surtout liée à un manque de lien et de cohésion entre les différents intervenants. Le médecin 7 disait à ce sujet que, bien qu'il essayait de créer du lien avec l'équipe de l'HAD, en laissant notamment son numéro de téléphone en cas de besoin, il se retrouvait parfois avec « des couacs dans la communication regrettables », parce que pas contacté.

## **IV.5. Place des nouvelles technologies présentées comme des aides à la prise en charge du patient**

### **IV.5.1. Les bénéfices reconnus de l'arrivée des Dossiers médicaux informatisés**

Le développement de l'outil informatique est plébiscité par les médecins, qui ont déjà vu une amélioration de leur pratique quotidienne. Le dossier médical informatisé, premier outil informatique entré au cabinet, présente de nombreux avantages par rapport au dossier papier : facilité d'insertion et de récupération des données, meilleure traçabilité et lisibilité du dossier, partage des données au sein du cabinet, tout cela favorisant la continuité des soins.

Le marché du matériel médical propose à ce jour pléthore de logiciels professionnels, que ce soit pour les cabinets libéraux comme pour les EHPAD, et les jeunes médecins s'interrogent sur l'intérêt d'une telle variété de logiciels, qui sont jugés coûteux et parfois « un peu boiteux » d'après le médecin 1, alors que beaucoup souhaiteraient plutôt un logiciel unique et commun, optimisé pour les médecins généralistes, et qui permettrait ainsi l'accès au dossier des patients extérieurs au cabinet. (Un recensement des logiciels il y a quelques années retrouvait 130 fournisseurs de logiciels médicaux en France contre une quinzaine au Royaume-Uni et seulement 3 aux Pays-Bas).

D'après le médecin 8, ce sont pourtant les médecins généralistes eux-mêmes qui sont responsables de cette diversification, un lobby de médecins ayant lutté, à l'aube de l'informatisation de la médecine, contre la création d'un outil universel.

La problématique touche également les EHPAD, dans lesquelles le médecin doit utiliser et parfois même subir un logiciel qu'il n'a pas choisi. Le médecin 7 évoquait cette difficulté, expliquant qu'il avait même été remercié d'un EHPAD parce qu'il refusait d'utiliser son logiciel.

Cet outil peut donc devenir paradoxalement un frein à la bonne prise en charge des patients.

#### **IV.5.2. L'apparition des outils informatiques en visite à domicile**

En visite, le smartphone est devenu un outil indispensable pour une grande majorité des médecins. Son intérêt réside surtout dans l'utilisation d'applications médicales : aide à la prescription principalement, mais aussi consultation de sites de recommandations médicales, récupération de résultats biologiques, ou calcul des honoraires. Il sert aussi dans le suivi des plaies grâce à la prise de photographies. Le smartphone est donc devenu un outil multitâche du quotidien.

Les plus jeunes, et certains de leurs confrères plus âgés, sont même désireux d'améliorer leur équipement à l'avenir, par des smartphones (de plus en plus grands) ou des tablettes, permettant l'utilisation de logiciels médicaux externalisés. Cela leur permettrait d'accéder à toutes les informations médicales avec une meilleure lisibilité et traçabilité du dossier patient, le tout sur un support unique.

Toutefois, deux obstacles majeurs freinent l'utilisation de ces outils informatiques à domicile: d'une part, le manque d'anticipation des développeurs de logiciels médicaux concernant l'externalisation de ces logiciels et donc leur accessibilité à distance ; d'autre part le manque de couverture téléphonique et internet constaté par les médecins dans de nombreuses zones rurales permettant leur utilisation.

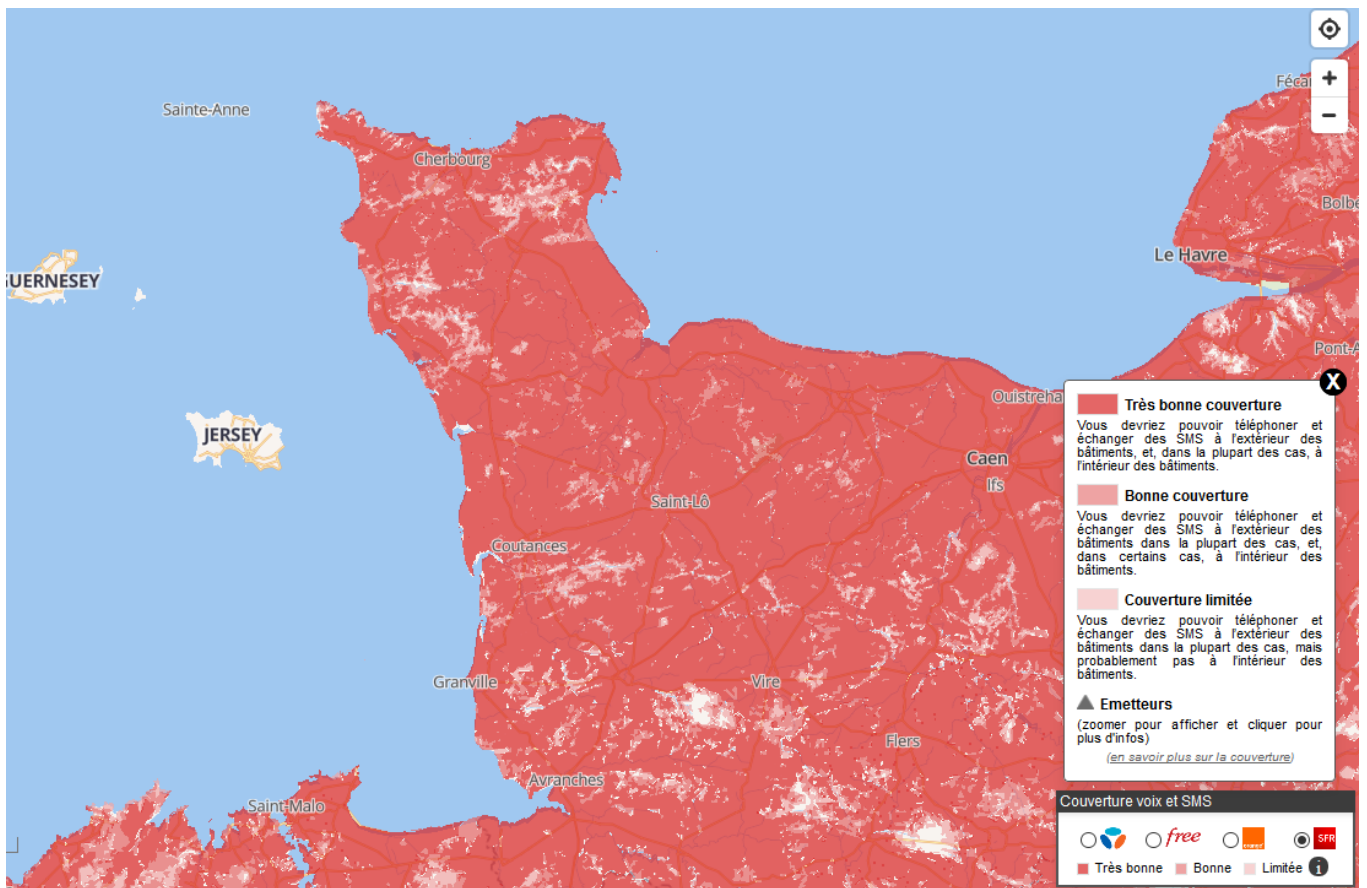


Figure 1 : Carte de couverture simulée au 31/12/2018, fournie par SFR : zones blanches de la Manche

### IV.5.3. Les outils connectés

Un outil connecté est un objet composé de capteurs qui envoient des informations vers une application mobile ou un service web.

Au-delà des logiciels médicaux, seuls les médecins 7 et 8 ont évoqué l'utilisation de ces outils en médecine générale. Mais malgré leur envie d'intégrer plus de nouvelles technologies dans leur pratique, aucun ne considère pour le moment ces outils comme bénéfiques dans la prise en charge de leurs patients et n'a donc investi pour sa pratique quotidienne.

### IV.6. Le DMP : un réel outil de communication?

En voie de généralisation à l'ensemble de la population depuis novembre 2018, 5 millions de personnes ont aujourd'hui leur DMP et en moyenne plus de 100 000 personnes ouvrent leur DMP chaque semaine. La CNAM vise l'objectif de 40 millions de DMP ouverts en 2022.

Ces DMP ont été ouverts avec l'aide d'un agent des CPAM (32%), dans une pharmacie (31%), sur le site web dmp.fr (19%) et plus rarement lors d'une consultation (19%). Outre les historiques de parcours de soins importés par l'Assurance Maladie, ces dossiers n'ont collecté que 6,5 millions de documents dont plus de la moitié (54%) ont été fournis par les



établissements. 19 CHU sur 32 sont en effet en mesure d'alimenter automatiquement le DMP avec comptes-rendus, lettres etc. Dans 30% des cas, ce sont les patients qui ont renseigné eux-mêmes leur DMP. Enfin 14% des documents sont le fait de professionnels de santé. Les infirmiers seront aussi associés au challenge DMP à partir de 2020.

#### **IV.6.1. L'accueil du DMP auprès des médecins généralistes**

Une première enquête auprès de médecins généralistes de la Manche avait été réalisée en 2016, lorsque l'Assurance Maladie avait repris en main le déploiement du DMP. A l'époque, cette étude avait montré une opinion favorable vis à vis du DMP chez les praticiens interrogés, qui étaient cependant une majorité à se sentir mal informés sur ce projet. Plusieurs freins à l'utilisation du DMP avaient été mis en exergue, aux premiers rangs desquels la crainte d'une activité chronophage et des problématiques d'ordre technique. Il avait donc été démontré, pour la réussite du projet, l'importance de l'amélioration de la communication et de l'information faites aux professionnels de santé. Des pistes avaient même été évoquées, via des initiatives régionales, notamment par le soutien de pairs reconnus, ainsi que la promotion des bénéfices attendus d'un système de dossier médical informatisé partagé. (29)

Les médecins interrogés dans cette étude ne sont pas hostiles à l'arrivée du nouveau DMP, ou ne se sont pas encore fait d'opinion. Toutefois ils expriment tous des réticences à son sujet.

A ce jour, au vu des nombreuses interrogations exprimées et du caractère abstrait que représente toujours le DMP, on en conclut que leur formation n'a une nouvelle fois pas été anticipée et reste très insuffisante, comme lors du premier projet en 2004.

#### **IV.6.2. DMP : la solution aux problèmes de communication entre professionnels de santé ?**

Créé pour être vecteur de lien entre Ville et Hôpital, le DMP apparaît comme la solution pour améliorer la communication entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, en permettant notamment d'améliorer la connaissance du dossier des patients entrant à l'hôpital, et inversement, d'accélérer la mise à disposition des informations de sortie au médecin traitant. Le DMP est aussi présenté comme un outil de communication entre les différents professionnels de santé qui gravitent autour du patient.

Toutefois, certains médecins n'ont pas attendu l'arrivée du DMP et avaient déjà une organisation personnelle permettant la transmission de données en cas de nécessité, avec l'exemple de fiches de synthèse reprenant les principales informations médicales du patient, le médecin 7 parlant même de « DMP rustique ». Ces médecins avaient donc déjà compris l'importance pour leurs patients d'avoir à disposition un historique médical en cas d'urgence.

#### **IV.6.3. Les freins au développement du DMP**

- Manque de formation à l'utilisation d'un outil peu ergonomique

En effet, même si des séances de formation des médecins généralistes sont en cours ou prévues par la CPAM pour mieux appréhender cet outil, celles-ci arrivent tardivement par rapport au calendrier de mise en place du DMP. Ce qui a pour conséquence une méconnaissance de l'outil, avec de nombreux médecins qui n'ont pas eu le temps de se l'approprier et reportent donc son utilisation.

Le médecin 7 en est l'illustration. Pourtant à l'aise avec l'outil informatique, il avait installé un logiciel commercial de gestion du DMP et fait la formation associée il y a 18 mois ; malgré cela il a éprouvé le besoin de refaire cette formation devant des difficultés de prise en main du DMP.

- Un doublon peu performant des logiciels professionnels

Lors de la création du DMP en 2004, l'objectif était d'avoir une possibilité d'échanges automatiques entre le logiciel du DMP et les logiciels professionnels existants afin que la transmission des données utiles se fasse automatiquement, sans double saisie.

Pour l'instant, les médecins regrettent d'avoir à utiliser ce DMP en doublon de leur logiciel, et le caractère chronophage que représentent son alimentation et sa mise à jour régulière est source d'inquiétude et un frein à son utilisation pour beaucoup de généralistes. D'autant que ceux qui ont commencé à l'utiliser ont déjà rencontré des difficultés dans l'intégration de données et trouvent le DMP insuffisamment performant, à l'image du médecin 1.

Le directeur de la CNAM reconnaît que, bien que les conditions techniques aient été créées pour permettre une alimentation automatique, « le DMP devra s'améliorer de manière continue et rapide dans les prochaines années », notamment par le biais des éditeurs de logiciels qui développent des interfaces pour rendre la consultation et l'alimentation les plus simples et pratiques possibles. (30)

- Inquiétude sur la sécurisation des données du DMP

Le médecin 9 s'inquiète quant au mode de sécurisation des données hébergées sur le DMP. Effectivement, selon les conditions générales d'utilisation du service DMP pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, il appartient aux utilisateurs du service eux-mêmes de s'assurer de la sécurité du navigateur ou réseau (réseau domestique ou réseau de l'opérateur de téléphonie mobile) à partir duquel ils accéderont à leur DMP, et de vérifier que l'environnement d'exploitation des appareils sur lesquels l'application est installée, permet l'accès dans une configuration sécurisée au service DMP. Il n'est donc pas exclu qu'un DMP sur un réseau privé au domicile du patient puisse être piraté.

- Un tiers dans la relation médecin-médecin

Pour les médecins, il est nécessaire malgré l'évolution des pratiques de maintenir des échanges humains entre confrères. Un courrier d'adressage, voire un échange téléphonique, semblent souhaitables pour appréhender des situations complexes. Le DMP peut alors être perçu comme un tiers altérant cette relation.

Les interrogations actuelles concernant le DMP sont donc semblables à celles émises lors de son élaboration en 2004. Les inquiétudes récurrentes concernent le mode d'adaptation du logiciel médical, le problème de la mise à jour des traitements sur le DMP, notamment après consultation chez le spécialiste. De plus, les médecins les plus âgés sont réticents en ce qui concerne l'apparition de nouvelles tâches informatiques.

Le défaut de communication entre CPAM et médecins, qui était une des raisons de son échec, replace ainsi le DMP dans une position identique à celle de 2004.

De fait, son ergonomie doit être améliorée afin de faciliter l'usage par les professionnels de santé et les patients. Ce qu'a déjà anticipé la CNAM afin de favoriser son usage : le DMP doit progressivement intégrer de nouveaux services tels que l'interfaçage avec des applis ou des objets connectés, l'ajout d'un carnet de vaccination, la création automatique du DMP pour les nouveau-nés, le développement d'un moteur de recherche facilitant l'accès aux informations ciblées par les professionnels de santé, ....

Enfin, d'ici 2022, le DMP sera intégré au sein de l'Espace Numérique de Santé et du bouquet de services numériques aux professionnels de santé, dont il constituera l'une des briques fondamentales.

#### **IV.6.4. Vers un Dossier Médical Européen**

La Commission Européenne a adopté en février 2019 une recommandation de la Commission établissant un format européen de dossier médical partagé électronique, censée s'appliquer début 2019. L'initiative s'inscrit dans le contexte de la Communication de la Commission Européenne sur la transformation numérique dans les soins de santé. (31)

La raison du transfert des dossiers médicaux électroniques entre pays membres de l'UE tient dans la facilitation de la mobilité des citoyens au sein de l'Union. Actuellement, le passage d'un patient entre deux pays membres conduit régulièrement à ce que son dossier médical demeure dans le pays initial : toutes les informations sont « bloquées ».

L'objectif de cette recommandation est de faciliter l'inter-opérabilité transfrontière et de sécuriser l'accès aux dossiers patients électroniques pour l'échange et l'utilisation des données de santé dans l'UE. Elle portera sur l'échange de dossiers patients complets et proposera pour cela un ensemble de spécifications techniques communes pour le transfert de données de santé d'un Etat membre à l'autre.

La recommandation invitera les Etats membres à mettre en place des stratégies et si besoin à adapter leur législation afin de promouvoir un accès sécurisé, notamment transfrontalier, à leurs dossiers médicaux électroniques. Elle recommandera l'adoption par les Etats membres de spécifications techniques communes (dont des protocoles établis et des formats de données) pour un format européen d'échange de dossiers médicaux électroniques.

Les ordonnances électroniques et les dossiers des patients peuvent être échangés entre les pays de l'UE grâce à la nouvelle infrastructure de services numériques dans le domaine de la santé en ligne, le « e-Health Digital Service Infrastructure » (eHDSI), qui servira de base à

l'échange transfrontalier de résumés patients électroniques (forme condensée des dossiers médicaux partagés) et de prescription en ligne. (32)

Depuis début 2019, les échanges d'ordonnances électroniques sont déjà opérationnels entre la Finlande et l'Estonie. Cette pratique doit être étendue à l'ensemble des pays membres de l'UE, comme l'a annoncé la ministre de la santé estonienne Riina Sikkut lors du forum européen annuel de la santé de Gastein.

Côté français, cette question d'un dossier médical électronique européen ne semble pas encore avoir été franchement posée mais suivra probablement la mise en œuvre du DMP. La question est de savoir si le DMP français sera adapté à un tel transfert vers un autre pays membre de l'UE et aux éventuelles exigences du futur dossier médical électronique européen. (33)

## **IV.7. La télémédecine**

### **IV.7.1. l'opinion favorable des médecins**

De nouveaux outils de télémédecine sont en train d'intégrer notre système de santé et vont progressivement transformer le visage de la médecine.

La tendance actuelle est au regroupement des médecins (cabinets de groupe, Maisons de Santé pluri-professionnelles, Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires) qui facilitent l'accès à de nouvelles formes de pratique médicale. Le phénomène d'émulation de groupe permet d'envisager de modifier son mode d'exercice et d'accueillir des projets comme la téléconsultation.

Dans cette étude, 9 des 10 médecins sont favorables au développement de la télémédecine. Les principaux avantages qui lui sont attribués sont la facilité d'accès aux premier et second recours, et la réduction des déplacements.

Une étude réalisée en 2018 recueillant les opinions des médecins libéraux en Basse-Normandie constatait que 77% des médecins interrogés voyaient un potentiel dans la télémédecine, la jugeant utile, contribuant à un accès plus simple, plus rapide aux soins, surtout dans les zones sous-médicalisées, permettant de limiter les déplacements des patients, et d'échanger plus facilement entre professionnels de santé. Leurs opinions négatives sur la télémédecine portaient sur son aspect chronophage, son financement, la sécurisation, le manque de formation, la responsabilité.(34)

Une autre étude réalisée en 2016 pour évaluer la pertinence de la téléconsultation en médecine générale montrait des résultats encourageants puisqu'elle répondrait à 92% de l'activité d'un médecin généraliste, apparaissant particulièrement adaptée dans la prise en charge des maladies chroniques, avec cependant un rôle limité pour les examens cliniques nécessitant la palpation du patient et pour les cas relevant de l'urgence. (35)

## IV.7.2. une réponse à la désertification médicale

Pour endiguer ce phénomène de désertification médicale qui touche un tiers du territoire français, certaines solutions sont déjà à l'œuvre ; selon le Conseil de l'ordre des médecins, près de 17.300 praticiens cumulaient emplois et retraite début 2018, trois fois plus qu'en 2010. Mais cela ne permet pas de répondre au manque d'accès aux soins primaires dans certaines régions. La télémédecine semble donc avoir toute sa place dans des zones sous-dotées en médecins généralistes.

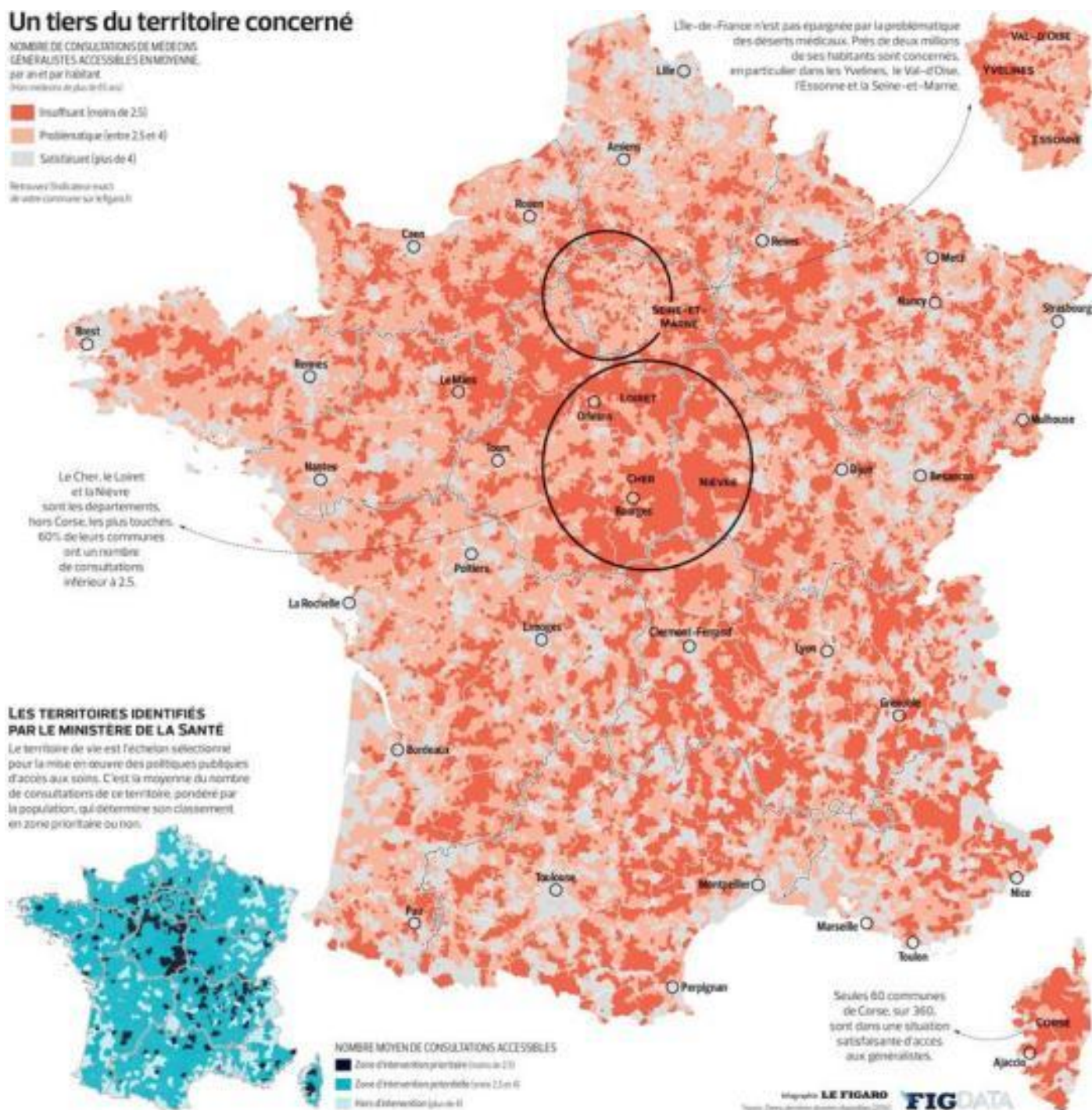


Figure 2 : Le figaro : carte des déserts médicaux en 2018

- Intérêt de la téléconsultation de médecine générale

Un rapport de la Cour des Comptes de février 2019 estime qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients. Se retrouvent le plus souvent parmi eux des patients âgés, présentant des pathologies médicales chroniques, les passages aux urgences et les hospitalisations étant reconnues comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées. (36)

La ministre de la Santé s'est fixé comme objectif la réalisation de 500 000 téléconsultations d'ici la fin 2019.

Lors d'une visite dans la Manche en mai 2019, celle-ci a annoncé vouloir que tous les EHPAD français s'équipent le plus rapidement possible d'un appareil de télé médecine.

Pour les médecins interrogés, ces cabines sont un moyen d'améliorer la prise en charge des patients, en permettant un suivi plus régulier, tout en limitant les déplacements du médecin généraliste, en particulier pour les EHPAD reculées. De même en cas de pathologie aiguë, la téléconsultation peut permettre un « pré-diagnostic », déterminant le degré d'urgence de la situation, notamment la nuit, et ainsi éviter des passages aux urgences finalement inutiles, et par conséquent limiter les déplacements médicalisés souvent douloureux pour des patients très âgés, permettant dans le même temps des économies de transport.

Il est également prévu l'installation de ces cabines dans les collectivités, les casernes de pompiers et les entreprises.

Des cabinets de téléconsultation se développent également dans certaines communes sous-dotées en médecins généralistes, avec des médecins situés dans les pôles de santé ou hôpitaux de proximité.

Mais pour accélérer la généralisation de la téléconsultation, l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) prévoit d'utiliser le réseau officinal et sa proximité d'accès. Les pharmaciens recevront une aide pour s'équiper en objets connectés ainsi qu'un forfait pour le temps passé en fonction du nombre de téléconsultations. Le pharmacien doit disposer d'un espace de confidentialité et la prise en charge doit s'effectuer dans le respect du parcours de soins avec recours si possible au médecin traitant.

Mais ces lieux ne répondent pas à tous les besoins : dans une grande partie des départements où ils sont implantés, les personnes non véhiculées ou non mobilisables ne peuvent pas s'y rendre, faute de système d'acheminement spécifique. Le problème de l'accès aux soins met l'accent sur d'autres problèmes de développement des territoires ruraux, notamment en matière de transport public.

- applications médicales pour un suivi spécialisé à distance

Plusieurs applications de télé médecine sont développées, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients grâce aux suivis spécialisés à distance. Les patients sont pris en charge

sur leur lieu de vie, par leur médecin traitant, leur infirmier, en profitant des plateaux techniques spécialisés même dans des territoires isolés. Ces applications ont pour objectif d'optimiser les échanges à distance entre professionnels de santé, en luttant contre l'isolement des professionnels libéraux, en optimisant la coopération et les échanges, et en permettant une harmonisation des pratiques, tout en améliorant la prise en charge des patients dans leur environnement. Ces applications ont également un rôle financier en diminuant le nombre de transports, et en prévenant les hospitalisations liées à d'éventuelles complications.

Le médecin 3 plébiscite cette évolution, estimant que ce serait un progrès majeur pour le confort des patients ; le médecin 6 lui, plus pragmatique, considère cette évolution nécessaire pour retrouver un meilleur accès aux médecins spécialistes.

En Basse-Normandie, l'application TELAP mentionnée par le médecin 4 qui l'a testée, est un exemple à la fois de téléconsultation, de téléexpertise et de téléassistance mise en place pour le suivi de plaies chroniques par un dermatologue.

- Les bénéfices de la téléconsultation pour les médecins

Pour la moitié des médecins du groupe, la téléconsultation est une solution permettant de réduire le caractère chronophage que représentent les visites, en EHPAD notamment, dans des journées de consultations déjà extrêmement chargées, en permettant une limitation du temps de transports qui peut alors être reporté en temps de consultation.

#### **IV.7.3. La télémédecine, une source d'économies pour l'Assurance Maladie**

Les médecins 1 et 3 évoquent les économies potentielles qui pourraient être réalisées grâce à la diminution des transports médicalisés que permettraient les téléconsultations spécialisées.

Une étude réalisée sur l'impact de la télémédecine sur les parcours de soins a conclu qu'elle permettrait 356 millions d'euros d'économie par an dans trois pathologies chroniques: l'HTA, le diabète et le cancer de la prostate. Ces économies couvriraient amplement les frais de télésurveillance, de téléconsultation ou de téléexpertise. Cela représenterait une réduction de 6% à 21% du coût de prise en charge des patients, les économies se concentrant sur une diminution du coût des consultations, des frais de transport et des arrêts de travail liés aux consultations de suivi.

#### **IV.7.4. L'arrivée de la télémédecine dans la Manche**

Avec une densité de 2,55 médecins pour 1 000 habitants contre 3,37 au plan national, et l'absence de médecin référent pour un manchois sur neuf, la Manche fait partie des territoires sous-dotés en médecins généralistes. (37)

L'ARS encourage donc la mise en place de la télémédecine dans notre département. Elle a déjà financé pour un montant de 500 000 euros l'achat de cabines médicales connectées installées dans 17 EHPAD de la Manche.

Elle soutient également une expérimentation de médecine de ville à Saint-Georges du Rouelley dans le Sud-Manche qui a été inaugurée le 29 novembre 2018 et mise en route le 7 décembre 2018. Le CHU de Caen va étudier le dispositif pendant un an avant d'en tirer des conclusions pour développer le dispositif ailleurs en Normandie. Les élus, sont, eux, tout à fait favorables à ce projet, considérant que « cette réponse alternative à la désertification médicale répond à l'enjeu départemental d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ».

La téléconsultation passe par la plateforme régionale sécurisée de télé-médecine Therap-e, depuis l'ordinateur du médecin présent au pôle de santé (distant de plusieurs kilomètres), qui est équipé d'une caméra et d'un micro-casque. Le patient est pris en charge par un infirmier libéral dans une salle équipée comme un cabinet de consultation, connectée à haut débit par la fibre. Une cellule de coordination en Télé-médecine a permis tout d'abord une prise de rendez-vous par téléphone, tout en vérifiant le motif de la consultation à partir de critères de sélection. L'assistant de coordination a également recueilli le consentement du patient et l'a informé sur le déroulement de sa prise en charge. L'infirmier a accueilli, enregistré et installé le patient. Il a ensuite assisté l'examen clinique pendant la téléconsultation.

Les élus du département considèrent qu'il ne faut pas pour autant nécessairement calquer cette solution de Saint-Georges-de-Rouelley partout dans le Département. Face aux plateformes de télé-médecine et aux mutuelles qui s'intéressent déjà au sujet, ces élus souhaitent la mise en place d'un label et d'une charte.

Une expérimentation de téléconsultation a également été réalisée pendant 2 mois dans une pharmacie de la Manche afin d'accélérer les délais de consultation avec un médecin spécialiste, et permettre un accès au médecin généraliste pour des patients vacanciers. Le gouvernement considère en effet que les pharmaciens ont un rôle essentiel à jouer pour contribuer à la généralisation de la téléconsultation en s'appuyant sur le réseau officinal et la proximité d'accès qu'il offre à la population, afin de faciliter le recours à la téléconsultation. Un avenant à la convention nationale pharmaceutique précise les conditions dans lesquelles les pharmaciens pourront contribuer à la réalisation d'actes de téléconsultation à partir de leur officine. Cette implication des pharmaciens dans le déploiement des téléconsultations fera l'objet d'une rémunération valorisant leur contribution à l'exercice coordonné entre professionnels de santé et à l'évolution des pratiques, conformément aux orientations de l'accord cadre interprofessionnel signé en octobre 2018.

Mais d'autres projets de télé-médecine sont déjà en place sur notre territoire. L'application TELAP par exemple, dispositif de la plateforme régionale Therap-e, permet la prise en charge de plaies chroniques par le médecin traitant et les infirmiers tout en bénéficiant d'un suivi spécialisé, même dans des territoires isolés. Ce réseau peut être utilisé par tous les professionnels de santé ainsi que par les patients eux-mêmes. (38)

La même plateforme Therap-e développe de nombreux autres projets ; Le service Télé-AVC fait appel à la téléconsultation, la téléassistance et la téléexpertise. Il vise à améliorer la prise en charge des patients qui montrent les signes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Télé-AVC permet grâce à son dispositif dans les départements de Basse-Normandie de gagner un temps précieux en cas d'AVC. La réorganisation de la filière AVC permet un



accès rapide au diagnostic et au traitement du patient : Un patient amené aux urgences avec suspicion d'AVC, passe un examen d'imagerie médicale qui sera ensuite partagée avec le neurologue expert à distance. Au vu des éléments partagés (IRM, scanner, fiche de liaison), et en mode visioconférence permettant l'échange direct avec les équipes du service d'urgence et le patient, le neurologue pose son diagnostic, et peut superviser à distance l'acte de thrombolyse en cas de besoin.

Elle porte également le « SCAD », un service de Suivi Clinique A Domicile pour les patients insuffisants cardiaques, ou encore « SCAD Antico », dispositif visant à améliorer le suivi et l'observance des patients sous AVK (Anti Vitamine K) en offrant un outil de suivi des résultats d'INR et d'aide à la décision médicale pour les professionnels de santé. (39)

#### **IV.7.5. Les réticences concernant la télémédecine**

- Les limites de la consultation à distance

La mise en œuvre de la télémédecine a ses limites, certaines pathologies ne permettant pas une prise en charge par téléconsultation. Une consultation spécialisée de rhumatologie par exemple pourra difficilement être réalisée à distance. Un rhumatologue a besoin de toucher son patient pour l'examiner: palpation des articulations, contrôle des amplitudes articulaires,... ce qui semble difficile par caméra interposée. De même que certaines pathologies aiguës nécessitent un examen approfondi, au risque sinon de faire une erreur diagnostique. Le médecin 9 considère d'ailleurs « qu'on ne peut bien appréhender une situation que lorsqu'on est vraiment en face du patient », et non par l'intermédiaire de l'outil.

- l'apparition d'un tiers dans la relation médecin-malade

De plus, une téléconsultation nécessite la présence d'un tiers dans la consultation médicale. Les objets connectés nécessaires à la consultation à distance doivent être utilisés par du personnel paramédical formé. Par conséquent, il est indispensable de prévoir des créneaux de téléconsultation pour permettre une synchronisation du trio que représentent le médecin, le malade et le professionnel paramédical. L'intégration de ce mode de consultation dans l'organisation journalière, et le temps à y consacrer sont des problématiques à prendre en considération, ce qui inquiète le médecin 7.

- perte du rapport à l'humain

Les médecins les plus âgés du groupe, pour qui l'interaction entre le médecin et son patient est primordiale, redoutent l'impact potentiel de la télémédecine sur la relation médecin – patient.

Le contact physique est au cœur des discussions, la télémédecine représentant une menace à la préservation de ce lien essentiel à l'examen clinique, au bon diagnostic et à l'aspect relationnel caractéristique de leur pratique de la médecine générale. Certains médecins rencontrés ne voient pas comment cela pourra être préservé en télémédecine.

Ce sentiment de déshumanisation se retrouve également dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Franche-Comté en 2011. (7)

- peur d'une sur-sollicitation du médecin généraliste

Le médecin 9 craint effectivement que la télémédecine puisse envahir son temps personnel.

Toutes ces réticences ne sont pas propres à l'échantillon de médecins interrogés. Manque de temps, dégradation de la relation médecin-patient, perte de l'examen clinique, risque d'erreurs diagnostiques étaient des freins à la téléconsultation déjà évoqués par les médecins généralistes interrogés dans une étude similaire menée dans les Pays de la Loire en 2013. (40)

#### **IV.7.6. Télémédecine et téléexpertise**

La téléexpertise est le deuxième volet de la télémédecine ; elle permet à tout médecin de recourir à l'avis d'un autre confrère sur une situation médicale donnée.

Des collectivités territoriales, aidées par les agences régionales de santé, se positionnent sur le secteur de la téléexpertise. Dans le nord de la France, la téléexpertise en dermatologie est en place à l'hôpital nord Franche-Comté depuis juillet 2018. Des médecins libéraux peuvent solliciter l'avis d'un praticien du service de dermatologie de l'hôpital.

Cette démarche encourage la communication entre médecins généralistes et spécialistes hospitaliers. Ce cadre pourrait être étendu, avec à l'inverse, davantage de consultations et une plus grande implication des médecins généralistes dans la prise de décision concernant leurs patients, qu'ils sont les seuls à connaître dans leur globalité, en particulier lors des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Dans le même temps, de nombreuses sociétés privées développent elles-aussi des services de téléexpertise : Omnidoc par exemple, est une plateforme de téléexpertise qui permet de connecter des médecins et de partager, pour les médecins généralistes, un réseau de spécialistes pour tous types d'avis (interprétation d'un ECG, d'un cliché de tympan, d'une lésion cutanée,...). Postelo est une autre plate-forme à s'être lancée avant le remboursement de la téléexpertise, qui offre également la mise en réseau de médecins spécialistes et généralistes. Ces plateformes annoncent une sécurisation des échanges de données et la gestion administrative de la facturation. Elles sont gratuites pour les médecins requérants mais payantes pour les médecins requis, qui peuvent être libéraux comme praticiens hospitaliers. (Publicité faite également auprès des établissements de santé).

D'autres start-up proposent des services plus spécialisés : lecture à distance d'ECG, de tests de spirométrie, ou encore de tests audiométriques. La start-up e-ophtalmo est déjà opérationnelle pour le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Le médecin 8 évoquait ces offres de lecture d'ECG par un cardiologue ; mais les tarifs demandés par la société, et le coût que cela représentait pour lui qui n'a recours à ce service qu'occasionnellement, était un frein pour son utilisation.

#### IV.7.7. Les freins au développement de la télémédecine

Le problème majeur est celui du manque de couverture internet haut débit (minimum 2 Mbit/s) et très haut débit (supérieur à 30 Mbits/sec, qui permet d'envoyer et de recevoir un grand nombre de données (documents, photos, vidéos, etc.)) dans les zones rurales. La carte des déserts médicaux coïncide bien souvent avec celle des zones blanches du très haut débit, très rare en zone rurale.

Et ce malgré la mise en place du plan France très haut débit signé en 2013, qui associe des initiatives privées et publiques pour déployer la fibre optique sur l'ensemble du territoire. L'État s'était engagé dans ce plan à couvrir 100% de la population française en très haut débit en 2022, et le délai avait même été avancé à 2020 par le Président de la République lors de la Conférence Nationale des Territoires réunie au Sénat en juillet 2017. (41) (42)

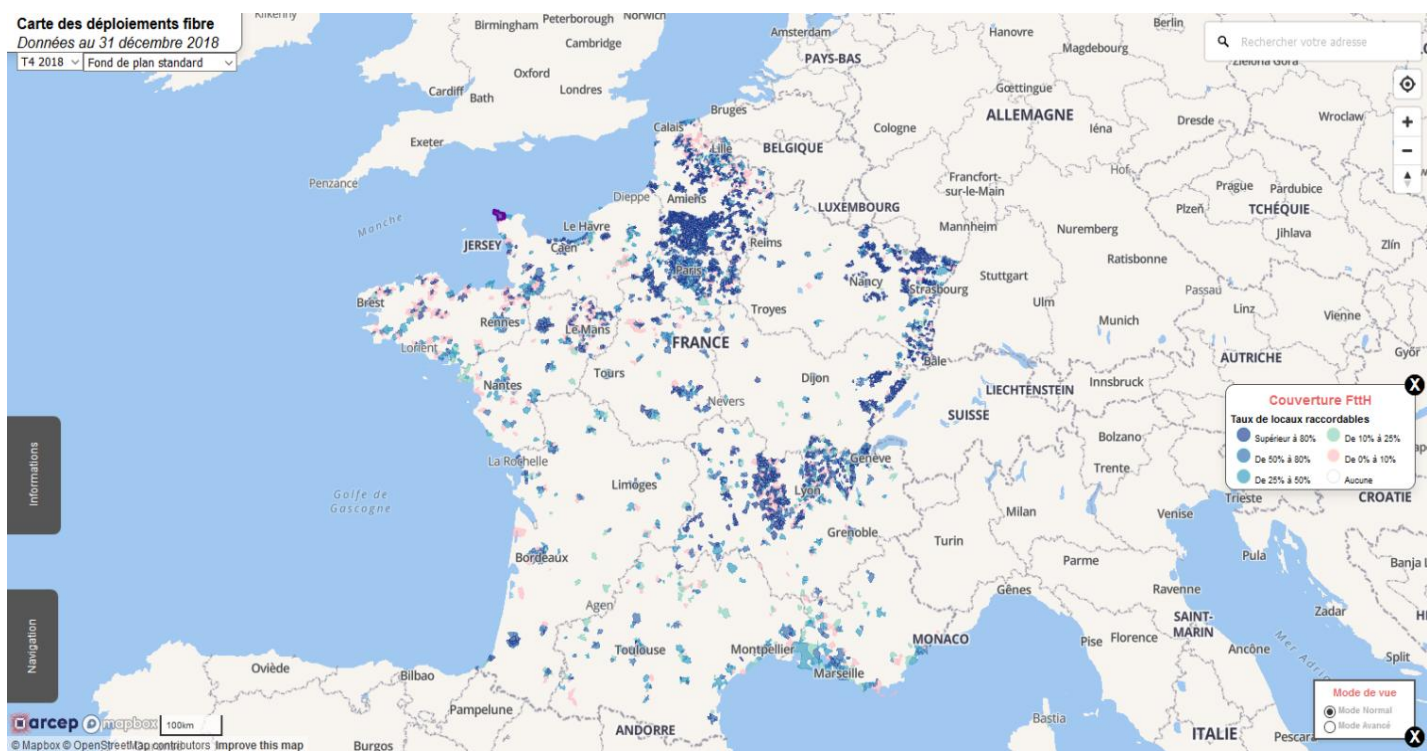


Figure 3 : Carte du déploiement de la fibre très haut débit France au 31 décembre 2018

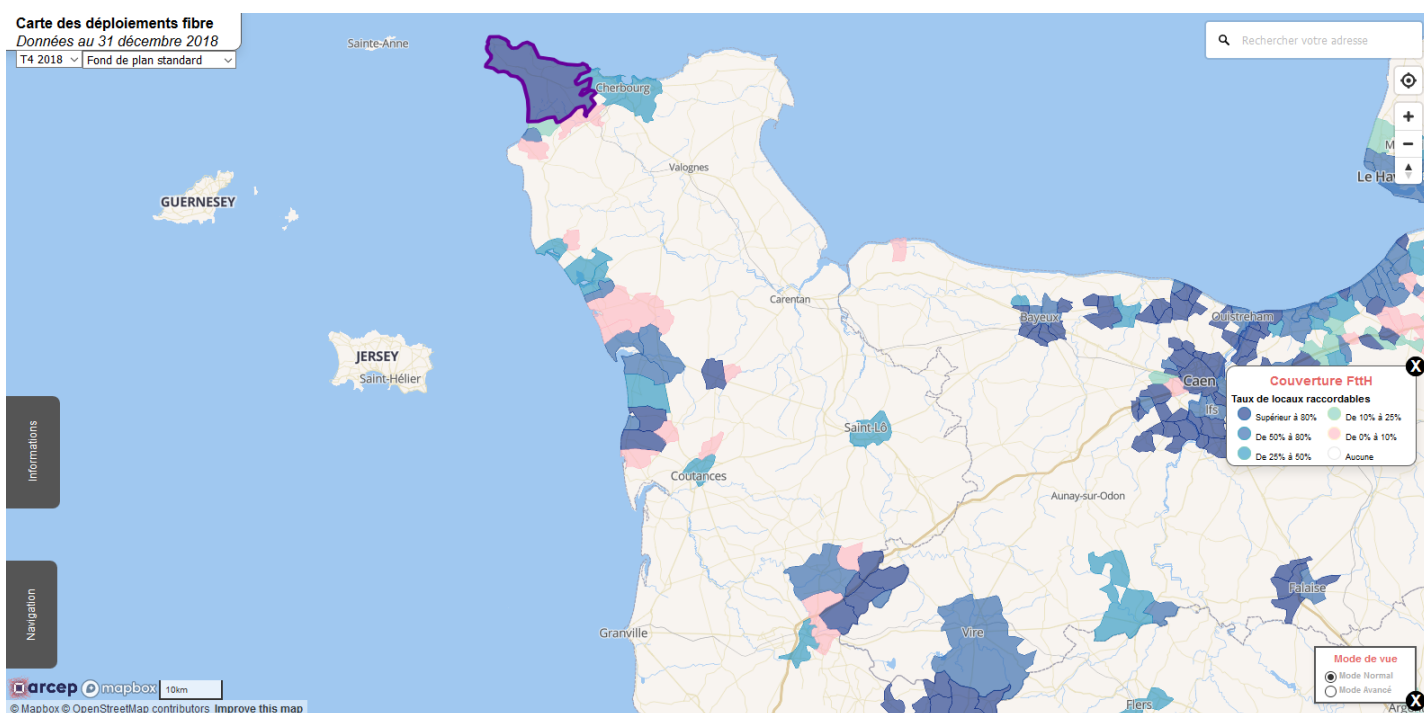


Figure 4 : Carte du déploiement de la fibre très haut débit en Basse-Normandie au 31 décembre 2018

Concernant le territoire de la Manche, en 2018, 95 communes ont été déployées sur les 446 que compte le département. Afin d'assurer un débit satisfaisant sur tout le territoire, et les différentes étapes pour y parvenir, un Schéma Directeur d'Aménagement Numérique (SDAN) a été élaboré par Manche Numérique en 2011 et actualisé en 2013. Ce schéma fixe des objectifs en termes de couverture, de débits à atteindre, et de calendrier ainsi qu'une stratégie d'ensemble pour le développement des usages numériques dans le département. La Manche, à travers l'adoption de ce schéma, a permis d'accentuer la dynamique engagée dès sa création et se positionne en tant que territoire moteur en matière de desserte FTTH. L'objectif est que le département de la Manche soit entièrement déployé en 2030. Le développement de la fibre, en Normandie comme dans toute la France, est donc loin des objectifs fixés par le gouvernement, à un an de l'échéance fixée par l'Élysée.

Certains développeurs de cabines connectées ont toutefois réussi à contourner ce problème en les faisant fonctionner par l'intermédiaire de connexions bas débits sécurisées, ou même par satellite.

## IV.8. Les outils d'avenir pour les médecins généralistes

### IV.8.1. Les effets positifs déjà reconnus par les médecins

Dans leur pratique quotidienne, les médecins considèrent que l'outil informatique a permis une amélioration de leur pratique: une optimisation du dossier médical, devenu beaucoup plus lisible, regroupant toutes les informations médicales ; l'apparition de messageries sécurisées permettant un lien sécurisé entre les intervenants de santé et permettant de rompre l'isolement vécu par ceux qui travaillent dans des cabinets individuels ; des outils de

télétransmission et autres permettant un gain de temps. Cet outil a donc globalement amené le médecin à une meilleure organisation et efficacité dans son travail.

Pour les patients, un médecin mieux organisé, avec une meilleure connaissance du dossier, est un médecin plus efficace. De plus, la sécurisation de ses informations et des prescriptions a un caractère rassurant. De son côté, il a également accès à plus d'informations médicales (résultats biologiques, DMP, informations grand public) qui lui permettent d'être acteur de sa santé.

L'outil informatique a de ce fait permis une amélioration de sa prise en charge globale et de son suivi.

#### **IV.8.2. L'outil idéal imaginé par les médecins**

La majorité des médecins interrogés estime que l'outil informatique contribue à l'amélioration de leur pratique, même si certains considèrent qu'ils sont trop âgés pour suivre son évolution.

Pour autant, l'un des problèmes majeurs est la trop grande diversité de logiciels médicaux présents sur le marché. Ils auraient préféré un logiciel médical unique, simplifié, qui permettrait d'accéder au dossier de tous les patients vus, même ceux étrangers au cabinet. Cela aurait de plus permis une diminution des coûts liés à l'utilisation de ces logiciels. Pour beaucoup, le premier DMP développé à l'aube de l'ère informatique, aurait pu devenir ce logiciel médical universel.

L'outil idéal imaginé par les médecins serait un outil « tout en un » adapté à leur profession: une sorte de tablette, équipée d'un boîtier de petite taille permettant la lecture des cartes vitales voire des cartes bancaires, permettant la télétransmission en direct et le paiement par carte; disposant d'une caméra et d'un dictaphone pour une connectivité visuelle et audio; avec le dossier médical sur cloud pour un accès libre ; et même une transmission directe des ordonnances à la pharmacie.

Certains ont d'ailleurs déjà investi dans une tablette et l'ont même parfois testée dans leur pratique, mais ont trouvé qu'il y avait actuellement encore trop de contraintes quant à son utilisation.

Certaines idées évoquées par les médecins ont déjà été pensées par le gouvernement ou par des sociétés privées et vont bientôt voir le jour.

#### **IV.8.3. Les projets du gouvernement**

Le président de la République a lancé en septembre 2018 le projet de loi « ma santé 2022 », plan de transformation et de modernisation de notre système de santé. Le 25 avril 2019, la ministre de la Santé a présenté la feuille de route de la politique du numérique en santé définie dans le cadre de cette stratégie de transformation du système de santé.

Il existe 26 points sur lesquels la ministre de la Santé a promis une automatisation numérique. Si la télémédecine ou encore le DMP (Dossier médical partagé) ont déjà été mis en place, 24 autres sujets restent en attente de l'être. (43)

- Dématérialisation de la carte CPS

Le gouvernement considère que les situations de mobilité et la généralisation des smartphones pour l'usage de téléservices imposent la dématérialisation de la carte CPS en tant qu'outil d'identification et d'authentification des acteurs du système de santé.

- Dématérialisation de la carte vitale

La demande des patients d'accéder à des droits à jour en toute circonstance et de bénéficier de démarches en ligne (comme, par exemple, la déclaration de médecin traitant) ont amené les pouvoirs publics à imaginer et concevoir une version dématérialisée de la carte Vitale. La population étant largement équipée en smartphone en France, il a été décidé de lancer le développement d'une «appli carte Vitale» (dite «apCV»). Cette application est destinée à devenir l'outil d'identification et d'authentification des patients dans le système de santé.

Celle-ci aura pour but de pouvoir simplifier les démarches en ligne, mais également d'éviter les mises à jour de la carte vitale, nécessaires jusqu'alors. Elle se substituera complètement à la carte vitale et permettra aux utilisateurs de s'identifier facilement auprès du système de santé.

Elle sera d'abord expérimentée dans les départements du Rhône et des Alpes-Maritimes à partir du troisième trimestre 2019, puis généralisée dès 2021.

L'accès à la e-carte vitale sera très sécurisé et déployé à l'ensemble des 59 millions de détenteurs dès l'an prochain. La carte vitale sera toujours en vigueur dans les premiers mois, jusqu'à son obsolescence totale d'ici quelques années.

Le déploiement de la e-carte vitale obligera au passage les français encore équipés d'un vieux téléphone mobile à adopter un smartphone.

- Développement de la e-prescription

L'objectif est notamment de sécuriser le circuit de transmission de l'ordonnance et de favoriser la coordination entre les professionnels. Dématérialisée à la source par le médecin et utilisée par le pharmacien pour la dispensation, elle permet au médecin de vérifier que son patient s'est vu délivrer le traitement qu'il lui a prescrit. C'est sur la plate-forme DMP que les pharmaciens iront récupérer l'ordonnance du médecin avec son QR code qui permettra la délivrance des médicaments. Ces nouvelles ordonnances devraient fébrilement voir le jour d'ici la fin de l'année 2019, pour être totalement dématérialisées début 2020.

L'extension à d'autres types de prescriptions (biologie, actes infirmiers, actes de kinésithérapie, ...) permettra également aux professionnels concernés de bénéficier de ces apports : actes infirmiers et analyses biologiques pour 2021, ainsi que les soins de kinésithérapie en 2022. Grâce à la e-prescription, les ordonnances seront alors communiquées en direct entre professionnels de santé, afin de favoriser une coordination entre les corps de métiers.

Par ailleurs, le patient pourra disposer de ses prescriptions directement dans son DMP, et à terme dans des applications numériques de son choix (par exemple un pilulier électronique). En d'autres termes, à peine sorti de chez le médecin, le patient pourra retrouver sa commande de médicaments déjà prête à la pharmacie, sans même avoir eu à présenter

aucun document. Une télétranscription automatique aura été faite du médecin à la pharmacie.

- Création d'un « Health Data Hub »

Le Health Data Hub, en français « plateforme de données de santé », prendra la forme d'un guichet unique, sécurisé, permettant l'accès aux données de santé pour des projets présentant un intérêt public. À terme, il mettra à disposition les données financées par la solidarité nationale, dans le respect du droit des patients et en assurant la transparence avec la société civile. Les travaux entrepris grâce à cette plateforme permettront de faire des progrès significatifs dans les domaines de la recherche, de l'appui au personnel de santé, du pilotage du système de santé, du suivi et de l'information des patients. Cette initiative doit permettre de faire de la France un leader dans l'utilisation des données de santé, au service du bien commun, dans le respect du droit des patients et en totale transparence avec la société civile.

#### **IV.8.4. Le rôle des sociétés privées dans le développement de ces outils**

Les annonces faites par le gouvernement concernant le plan « Ma santé 2022 » ont été bien accueillies par les industriels du secteur, qui se félicitent de voir adopter le concept « d'Etat-plateforme » qui se contente de fournir le socle et laisse les entreprises privées développer des offres dans un contexte concurrentiel.

Cette évolution suscite l'appétit de nombreux acteurs technologiques, aux profils très divers, pour « prendre des parts » de ce nouveau marché de la télémédecine. L'entrée en vigueur du remboursement des téléconsultations médicales a en effet attisé l'intérêt des plateformes privées à vocation commerciale qui se multiplient pour proposer aux patients des services de télémédecine, faisant craindre à plusieurs représentants des médecins l'émergence d'un système concurrentiel et d'une "ubérisation" des soins. (44) Les plateformes de rendez-vous en ligne et les éditeurs de logiciels pour les médecins ont ainsi déjà développé des offres, intégrées ou non à leurs outils informatiques :

Doctolib, la start-up parisienne déjà leader français de la prise de rendez-vous médicaux par internet avec 34 millions d'utilisateurs chaque mois, est aussi depuis peu une plateforme de téléconsultation. Elle conclut des contrats non seulement avec les médecins libéraux mais aussi avec l'AP-HP, des cliniques,... La stratégie commerciale de Doctolib vise aussi les syndicats et le Conseil national de l'Ordre des médecins, tout comme les politiques. La récente visite du secrétaire d'État en charge du numérique fait craindre aux professionnels de santé le manque de neutralité du ministère. *"Le risque est que la santé devienne un marché comme les autres"*, s'inquiète Jacques Battistoni, président du syndicat de médecins généralistes MG France. La question des données de santé est également un sujet d'inquiétude. Doctolib collecte les données personnelles des patients, le nom des médecins consultés, le motif de consultation, et avec la télémédecine, les comptes rendus de consultation. En France, ces données sont très encadrées grâce au règlement général européen de la protection des données (RGPD). Mais son ambition de s'étendre à l'international inquiète car les données personnelles enregistrées ne bénéficieraient plus de la même protection. Doctolib est un acteur privé puissant qui vient s'interposer entre les

patients et le monde médical et pourrait à terme modifier significativement le secteur de la santé publique. (45)

Les gros éditeurs de logiciels, forts de leurs « parcs » de médecins clients, veulent eux aussi percer avec des initiatives comme Docavenue (Cegedim : logiciel « monlogicielmédical » ou médiclick ») ou ClickDoc (CompuGroup: logiciel « Axisanté ») reposant sur leur plate-forme de rendez-vous en ligne. Les assureurs sont aussi de la partie. Ils ont noué des partenariats avec des plates-formes depuis quelques années déjà quand ils ne les ont pas financées eux-mêmes, comme le groupe Axa ou le groupe d'assurances santé VYV. (44)

Une entreprise française a quant à elle conçu le DSC-BT (Dual Smart Card BlueTooth), un lecteur de carte vitale et CPS au format smartphone, sans écran, bluetooth, fonctionnant avec une application téléchargée sur le smartphone ou la tablette. Ce lecteur ne peut lire que la carte Vitale, mais le kit de développement fourni aux éditeurs par la société devrait permettre l'éclosion d'applications: pour la création des FSE, mais aussi pour la consultation des téléservices et du DMP.

D'autres acteurs comme Bress Healthcare, se sont spécialisés dans la création de systèmes d'aide à la décision médicale. Les algorithmes sont basés sur les dernières recommandations des sociétés savantes françaises. Les outils sont conçus pour les professionnels de santé et sont créés en collaboration avec des facultés de médecine et des centres hospitalo-universitaires français.

#### **IV.8.5. Les contreparties pour les médecins généralistes**

Comme s'en inquiète le Médecin 9, le risque de la banalisation de l'accès à l'information médicale par le public est la remise en question voire la critique des décisions médicales, avec à terme une dévalorisation de leur profession.

Fiche professionnelle sur des sites inconnus, avis d'internautes sur des « prestations médicales», le vaste web recèle toutes sortes d'informations sur les médecins, sans qu'ils en soient toujours avertis. Pour les avis d'internautes, même si l'on peut déplorer l'installation d'un certain consumérisme médical, la liberté d'expression et d'opinion est un droit. Mais les plates-formes ont aussi des obligations à connaître. A ce sujet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a sorti fin 2018 un guide pour aider les médecins à préserver leur image numérique, comprenant des conseils judicieux mais aussi juridiques. (46)

L'ordre des médecins affirme qu'il ne doit y avoir, selon lui, « qu'une seule porte d'entrée dans le système de soins fondé », depuis l'Ordonnance d'octobre 1945, sur le principe de solidarité nationale.

Le CNOM s'inquiète également du fait que les prestations proposées directement via des plateformes par les assureurs complémentaires ou les mutuelles en santé installent de fait une rupture concurrentielle dans l'organisation territoriale et le parcours de soins. En outre, ces plateformes qui indiquent être accessibles 7j/7 et 24h/24 soulèvent la question de leur cohérence avec les Centres 15 ou interconnectés. L'ordre des médecins affirme donc de nouveau qu'à ses yeux la sécurité des prises en charge impose de réglementer les offres



des plateformes privées et que les activités médicales qu'elles proposent soient soumises aux mêmes obligations réglementaires et déontologiques que les autres formes de pratiques médicales dans un parcours de soin.

Le développement exponentiel de tous ces outils par des sociétés privées devrait permettre de voir apparaître le meilleur mais le risque est aussi de voir le pire, avec des démarches purement financières, si une réglementation rigoureuse n'est pas instaurée.

#### **IV.9. Les outils connectés s'immiscent aussi dans le quotidien du patient**

Le patient peut déjà se procurer un certain nombre « d'outils de santé connectés » : balance et impédancemètre sans fils connectés, tensiomètre sans fil connecté, montre-ECG connectée, glucomètre connecté, pilulier intelligent... Tous ces outils permettent un suivi de données médicales et alertent en cas d'anomalie des ces données. Ils peuvent s'intégrer dans une stratégie de prise en charge globale du patient en fournissant des données médicales supplémentaires à celles recueillies au moment de la consultation (prise du traitement, tension, fréquence cardiaque, glycémies, ...).

D'autres sont en cours de développement : le patch SACHA permet de géolocaliser les patients souffrant de dépendance (Alzheimer, autres) et émet un signal d'alerte en cas de chute ou de fugue accidentelle. Google travaille sur un projet de lentilles de contact permettant de mesurer le taux de glucose dans les larmes, ce qui aiderait les diabétiques à mieux surveiller leur glycémie et donc éviter les malaises.

Ces outils sont présentés comme des aides dans le suivi de ses propres indicateurs de santé et donc dans le diagnostic précoce de maladies, pour un meilleur traitement. Comme l'évoque le médecin 7, la question se pose quant aux bénéfices réels apportés au patient.

D'autres objets connectés, développés quant à eux pour un usage strictement personnel : brosse à dents connectée, fourchette « minceur », capteurs de sommeil,...devront démontrer leur réel intérêt.

## V. CONCLUSION

Ce travail qualitatif par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Cotentin avait pour objectif la mise en valeur et la compréhension de la place des nouvelles technologies dans la pratique médicale, ainsi que les attentes et les réticences des médecins à leur égard.

Les nouvelles technologies sont en train d'intégrer notre système de santé et vont progressivement transformer le visage de la médecine. Dans certains pays voisins, ces nouvelles technologies font déjà partie intégrante du paysage médical. En France, la tendance actuelle aux regroupements des médecins facilite l'accès à de nouvelles formes de pratique médicale, permettant des changements de mode d'exercice et d'accueillir des projets de télémédecine.

Les médecins généralistes ont déjà intégré l'outil informatique dans leur pratique quotidienne, que ce soit au cabinet avec les logiciels informatisés, ou en visite à domicile, avec le smartphone, devenu un outil multitâches. Cependant aucun n'a encore adopté l'utilisation d'outils connectés, jugés sans intérêt pour l'amélioration de sa pratique. Dans l'idéal, ces médecins aimeraient disposer d'un outil unique, avec à la fois l'accès à toutes les informations médicales mais aussi permettant la réalisation de toutes les tâches administratives.

La visite à domicile reste vécue par les médecins comme une situation complexe à plusieurs égards : caractère chronophage, examen médical dans des conditions souvent inadaptées, difficulté d'accès au dossier médical, difficulté de communication avec les autres intervenants paramédicaux,...

Pour répondre à ces difficultés, plusieurs outils apparaissent.

Les médecins sont dans l'ensemble favorables à l'arrivée du nouveau DMP. Présenté comme vecteur de communication entre médecins de ville et hospitaliers, il ne résoudra cependant pas la problématique rencontrée avec les équipes paramédicales au domicile des patients. De plus, comme lors de son premier lancement en 2004, de nombreux freins à son expansion persistent : les médecins se sentent mal informés, se plaignant d'une méconnaissance de l'outil entraînant un retard dans sa mise en route. Certains s'inquiètent d'une éventuelle utilisation en doublon de leur logiciel, du caractère chronophage que représente l'obligation de le mettre à jour régulièrement, et auraient préféré qu'il soit instauré en remplacement de tous les logiciels médicaux foisonnant sur le marché, coûteux pour les médecins sans que leur utilisation soit optimale.

En outre, certains médecins n'avaient pas attendu ce DMP pour mettre en place un système de communication basique entre professionnels, un « DMP rustique ».

La majorité des médecins est favorable au développement de la télémédecine, y voyant de nombreux bénéfices, surtout dans les zones sous-dotées : participation à la lutte contre les déserts médicaux, diminution des transports et donc des coûts liés pour les recours aux avis spécialisés comme aux services d'urgences pour des motifs souvent inappropriés. Cela permettrait également de limiter les déplacements des médecins généralistes, permettant un

gain de temps tout en améliorant la prise en charge des patients éloignés du cabinet. Toutefois le développement de la télémédecine interpelle quant au risque d'erreurs diagnostiques et la perte du rapport à l'humain posé par l'apparition d'un tiers dans la relation médecin-malade, que ce soit l'infirmier ou la machine elle-même.

De plus le déploiement de tous ces outils reste tributaire de celui des réseaux très haut débit, à l'heure où les médecins constatent encore de trop nombreuses zones blanches malgré les annonces et les mesures présentées par l'Etat.

Certains des « outils du futur » imaginés par les médecins sont déjà en cours de développement, soit par le gouvernement, soit par des sociétés privées qui, malgré un discours humaniste, gardent un objectif de rentabilité première.

La digitalisation du parcours de santé des patients, associée à la révolution numérique et l'essor de l'Intelligence Artificielle dans l'aide diagnostique et thérapeutique des professionnels de santé, constituent les fondements de ce que l'on peut appeler la troisième révolution industrielle au service de notre système de soins. Mais il ne faudra pas oublier que la médecine reste avant tout basée sur le rapport à l'humain, et que la qualité de la relation médecin-malade, même si celle-ci tend à être modifiée, reste la pierre angulaire à une bonne pratique de la médecine. De même, cette révolution ne pourra pas être complète tant que les médecins les plus âgés ne seront pas prêts à monter dans ce train en marche.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L1111-7. Code de la santé publique.
2. Code de déontologie médicale - Article 45. Code de déontologie médicale.
3. française LD. Le dossier médical personnel (DMP) [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000713/index.shtml>
4. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/web/dmp/patient/je-decouvre#LE-DMP-C-EST-POUR-QUI>
5. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de la téléconsultation : accompagner les professionnels dans leur pratique [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2869705/en/prise-en-charge-de-la-teleconsultation-accompagner-les-professionnels-dans-leur-pratique](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2869705/en/prise-en-charge-de-la-teleconsultation-accompagner-les-professionnels-dans-leur-pratique)
6. cadrage\_telemedecine\_vf.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage\\_telemedecine\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf)
7. Lavail R. L'apport de la télémédecine dans l'exercice de la médecine générale [Thèse d'exercice : Médecine: Besançon]. 2011.
8. Adewale OSOS. An internet-based telemedicine system in Nigeria. *Int J Inf Manage*. juin 2004;(24(3) ):221-34.
9. Télémédecine : une réponse complémentaire efficace pour faciliter l'accès aux soins ? [Internet]. Ipsos. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/telemedecine-une-reponse-complementaire-efficace-pour-faciliter-lacces-aux-soins>
10. Télémédecine: ce qu'il faut retenir du nouvel avenant à la convention médicale [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/4193/telemedecine-ce-qu-il-faut-retenir-du-nouvel-avenant-a-la-convention-medicale.html>
11. Une année 2018 « décisive » pour le développement de la télémédecine (DGOS) [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.ticsante.com/story/3840/une-annee-2018-decisive-pour-le-developpement-de-la-telemedecine-\(dgos\).html](https://www.ticsante.com/story/3840/une-annee-2018-decisive-pour-le-developpement-de-la-telemedecine-(dgos).html)
12. Téléexpertise [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
14. En Europe, la France est bien placée pour le développement de la télémédecine et son financement [Internet]. Santé connectée et télémédecine. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.telemedaction.org/426495079>
14. Comment la France se situe-t-elle entre le modèle bismarckien et le modèle beveridgien ? - Approfondissements Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2016 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/comment-france-situe-t-elle-entre-modele-bismarckien-modele-beveridgien.html>
15. Le NHS du Royaume Uni lance un plan quinquennal de e-santé ambitieux - Health and Tech Intelligence [Internet]. Télémédecine - site de la Société Française de Télémédecine. [cité 21 mai

- 2019]. Disponible sur: <http://www.sf-telemed.org/1/post/2019/01/le-nhs-du-royaume-uni-lance-un-plan-quinquennal-de-e-sante-ambitieux-health-and-tech-intelligence.html>
16. A l'étranger, des résultats variés [Internet]. leparisien.fr. 2014 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/a-l-etranger-des-resultats-varies-04-01-2014-3461827.php>
  17. En Europe, la France est bien placée pour le développement de la télémédecine et son financement [Internet]. Santé connectée et télémédecine. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.telemedaction.org/426495079>
  18. Santé : l'exemple espagnol du dossier médical partagé [Internet]. Franceinfo. 2018 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.francetvinfo.fr/monde/espagne/sante-l-exemple-espagnol-du-dossier-medical-partage\\_3019939.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/espagne/sante-l-exemple-espagnol-du-dossier-medical-partage_3019939.html)
  19. Mollaret G. Depuis deux ans, le pays Scandinave permet les téléconsultations médicales, notamment pour les premiers soins. :3.
  20. durée M de la S et des S de L. L'excellence des soins pour tous [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/pri\\_telemedecine.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/action/primary/pri_telemedecine.aspx)
  21. Quelle politique de remboursement des pratiques de télémédecine aux USA ? [Internet]. Santé connectée et télémédecine. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.telemedaction.org/423842458>
  22. La télémédecine aux USA | LNA Santé [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lna-sante.com/actualite/la-telemedecine-entre-le-pacifique-la-baltique>
  23. La télémédecine au Kazakhstan, ou la prestation de services de santé intelligents [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/countries/kazakhstan/news/news/2019/02/telemedicine-in-kazakhstan-smart-health-services-delivery>
  24. Pixl 8. Cameroun : Une application de télémédecine au secours des malades. SciDevNet Afr Sub-Saharienne [Internet]. [cité 21 mai 2019]; Disponible sur: <http://www.scidev.net/index.cfm?originalUrl=/afrique-sub-saharienne/sante/actualites/cameroun-application-telemedecine.html&>
  25. icanopée [Internet]. [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <http://icanopee.net/>
  26. BARRE R. L'instauration d'un suivi à domicile modifie-t-elle la prise en charge du patient ? [Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2016].
  27. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel. 2016-994 juill 20, 2016.
  28. Code de la santé publique - Article L1110-12. Code de la santé publique.
  29. ENOUF S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice : Médecine: Caen]. 2016.

30. Nicolas Revel (CNAM) : « L'objectif est d'ouvrir des dizaines de millions de DMP dans les quatre prochaines années ». le quotidien du médecin. 6 nov 2018; Disponible sur: [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/11/06/nicolas-revel-cnam-lobjectif-est-douvrir-des-dizaines-de-millions-de-dmp-dans-les-quatre-prochaines-annees-\\_862506?dossier=862540](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/11/06/nicolas-revel-cnam-lobjectif-est-douvrir-des-dizaines-de-millions-de-dmp-dans-les-quatre-prochaines-annees-_862506?dossier=862540)
31. DOSSIER PATIENT ELECTRONIQUE - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Europe-International/Politiques-europeennes/DOSSIER-PATIENT-ELECTRONIQUE>
32. DRAGUET V. Electronic cross-border health services [Internet]. Santé publique - European Commission. 2019 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/health/ehealth/electronic\\_crossborder\\_healthservices\\_en](https://ec.europa.eu/health/ehealth/electronic_crossborder_healthservices_en)
33. Redaction. Le dossier médical électronique européen verra-t-il le jour ? [Internet]. Décider et Entreprendre. 2018 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.entreprise.news/le-dossier-medical-electronique-europeen-verra-t-il-le-jour/>
34. BORDELAIS G. Télé médecine : pratiques et opinion des médecins libéraux des territoires du Calvados, de l'Orne et de la Manche [Thèse d'exercice: Médecine: Caen: 2018].
35. LETELLIER T. Pertinence de la téléconsultation en médecine générale en soins primaires [Thèse d'exercice : Médecine : Caen : 2016].
36. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
37. BRÊTEAU S. Manche. La télé médecine face aux déserts médicaux [Internet]. Ouest-France.fr. 2018 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/normandie/saint-lo-50000/manche-la-telemedecine-face-aux-deserts-medicaux-5991256>
38. TELAP – une appli télé médecine appliquée aux plaies [Internet]. TELAP. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: <https://telap.org/>
39. Nouveaux projets de télé médecine [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.telesante-basse-normandie.fr/services-de-telemedecine/les-nouveaux-projets-de-telemedecine/nouveaux-projets-de-telemedecine,2749,3127.html>
40. DIALLO BIDAULT A. Télé médecine et dossier médical personnel: perception et attentes des médecins généralistes. [Thèse de médecine générale]. [Angers France] : Université d'Angers ; 2013.;
41. Le suivi des obligations de déploiements des opérateurs [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.arcep.fr/la-regulation/grands-dossiers-reseaux-mobiles/la-couverture-mobile-en-metropole/le-suivi-des-obligations-de-deploiements-des-operateurs.html>
42. Emmanuel Macron chamboule les objectifs de couverture très haut débit. FIGARO [Internet]. 17 juill 2017 [cité 23 avr 2019]; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/secteur/high-tech/2017/07/17/32001-20170717ARTFIG00220-macron-chamboule-les-objectifs-de-couverture-tres-haut-debit.php>
43. DICOM\_Lisa.C, DICOM\_Lisa.C. Présentation de la feuille de route « Accélérer le virage du numérique » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-de-la-feuille-de-route-acceler-er-le-virage-du-numerique>

44. Télémédecine: les représentants des médecins vigilants face à l'essor des plateformes commerciales [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/4247/telemedecine-les-representants-des-medecins-vigilants-face-a-l-essor-des-plateformes-commerciales.html>
45. Doctolib : success story ou danger pour le monde de la santé ? [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/secrets-d-info/secrets-d-info-18-mai-2019>
46. RGPD : le Cnom et la Cnil publient un guide pratique | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2842>

# VII.ANNEXES

## Annexe 1: le DMP

**DMP** LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

MES SÉLECTIONS (0)  
CATHERINE BEROT  
04/09/1988  
Me déconnecter

RÉCAPITULATIF | DOCUMENTS | MES INFORMATIONS | GESTION DU DMP | HISTORIQUE DES ACCÈS

### Récapitulatif

#### Documents médicaux

Tous les documents (0)  
Liste des documents  
Parcours de soins

Accès rapide  
Aucun document de synthèse  
Ajouter un document

Aucun document disponible  
Aucun document disponible

#### Mes informations

Aucun accès

- Mes Coordonnées
- Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Je n'ai pas signalé être informé(e) de la loi sur le don d'organes.  
► Modifier

#### Mes sélections

Aucun document sélectionné

#### Derniers accès

Par un professionnel de santé  
Aucun accès

En urgence  
Aucun accès

#### Mes alertes

Vous n'avez pas choisi d'être prévenu par messagerie électronique de l'ajout d'un document dans votre DMP.  
Modifier

▲ Haut de page

Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Assurance Maladie

Brochure d'information | Conditions générales d'utilisation | Accessibilité  
FAQ | Nous contacter | dmp.gouv.fr | Version 2.2.8 du DMP

**DMP** LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

MES SÉLECTIONS (0)  
CATHERINE BEROT  
04/09/1988  
Me déconnecter

RÉCAPITULATIF | DOCUMENTS | MES INFORMATIONS | GESTION DU DMP | HISTORIQUE DES ACCÈS

Récapitulatif > Documents > Liste des documents

### Documents

#### Filtrer la liste des documents

Par auteur: tous  
Par profession / spécialité: tous  
Entre le: [ ] et le: [ ]  
Rechercher | Afficher tout

Affichage des documents: Liste | Parcours de soins | Miniatures

#### Documents courants

- Synthèses
- Traitements et soins
- Comptes-rendus
- Imagerie médicale
- Biologie
- Prévention
- Certificats, déclarations
- Données de remboursement
- Documents dont je suis l'auteur

Ajouter un document

#### Documents archivés

Aucun document à afficher

▲ Haut de page

Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Assurance Maladie

Brochure d'information | Conditions générales d'utilisation | Accessibilité  
FAQ | Nous contacter | dmp.gouv.fr | Version 2.2.8 du DMP



## Ajout de document

1/ CHOIX DE LA NATURE DU DOCUMENT 2/ AJOUT DE DOCUMENT

\* Champs obligatoires

Rédiger un document

Titre \*

- Expression libre
- Suspicion d'effets indésirables
- Auto-surveillance
- Autre

Date du document \*

20/03/2019

Texte libre \*


Confidentialité du document

- Document visible par toute personne autorisée à accéder aux documents de votre dossier
- Masqué aux professionnels de santé vous souhaitez que ce document soit visible uniquement par vous-même et par le médecin traitant DMP

[Ajouter](#) [Précédent](#) [Annuler](#)

[Haut de page](#)

# Annexe 2: Accès sécurisé au DMP



**DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ**

Version du 12/04/2018  
(V2.1.0)

## Matrice d'habilitations des professionnels de santé

(conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline)


Page 1/2

L'accès au DMP d'un patient est réservé aux professionnels de santé expressément autorisés ou réputés autorisés du fait de leur appartenance à son équipe de soins. Lesdits professionnels ne peuvent accéder qu'aux catégories de données prévues au titre de la présente matrice des habilitations et ne doivent accéder, au sein de ces catégories, qu'aux seules données strictement nécessaires à la prise en charge du patient. L'attention des professionnels de santé est attirée sur le fait que l'ensemble des accès et actions sur un DMP est tracé dans le système DMP. Ce dernier est également notifié, par tout moyen, de tout premier accès d'un professionnel de santé à son dossier médical partagé. Tout accès en dehors des règles précitées est passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende, conformément au droit pénal, sans préjudice des poursuites qui pourraient être engagées devant les juridictions disciplinaires de l'ordre.

		Code profession CPS (a) ←												
		10	21 (b)	40	50	21 (b)	60, 69	70	80	91	92, 94, 95, 96	26, 81, 82, 83, 84, 85	28	98
Classe de document (classCode)	Type de document													
Code	Intitulé (classCode/Desc/Int/Name)	Code LOINC (TypeCode)	Intitulé (TypeCode/Desc/Int/Name)											
<b>10</b>	<b>Complexes rendus</b>													
	11488-4	OK ou fiche de consultation ou de visite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	11506-3	CR ou fiche de suivi de soins par auxiliaire médical	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	11493-4	CR hospitalier (réfjour)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	11490-0	Lettre de sortie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	46241-6	CR d'admission	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	15507-7	CR de passage aux urgences	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	11502-2	CR d'examen biologique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	11526-1	CR d'anatomie et de cytologie pathologiques	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	11528-7	CR d'imagerie médicale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	27899-4	CR d'acte diagnostique (autre)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	24611-6	CR de télé-médecine (télé-consultation)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	34794-8	CR de réunion de concertation pluridisciplinaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	BIL_AUTO (d)	CR de bilan d'évaluation de la perte d'autonomie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	47420-5	CR de bilan fonctionnel (par auxiliaire médical)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	39256-3	CR d'acte diagnostique à visée préventive ou de dépistage	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	34749-2	CR de consultation pré-anesthésique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	10213-7	CR d'anesthésie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	34874-8	CR opératoire	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	15508-5	CR d'accouchement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	11505-5	CR d'acte thérapeutique (autre)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	29554-3	CR d'acte thérapeutique à visée préventive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>11</b>	<b>Synthèses</b>													
	SYNTH (d)	Synthèse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	34133-9	Synthèse d'épisode de soins	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(a) La CPS est requise pour l'authentification du professionnel de santé et le contrôle de ses habilitations.  
 (b) La profession des pharmaciens (code profession 21) se subdivise en deux colonnes assorties d'habilitations propres, selon leur section d'appartenance (table G05 de la CPS) :  
 - Les pharmaciens biologistes sont inscrits dans l'une des deux sections G (pharmacien biologiste) et EG (DOM - pharmacien biologiste)  
 - Les pharmaciens d'officine et hospitaliers inscrits dans l'une des sections A, DA, DM, DH, EA, ED, EH ou H (Titulaire ou Adjoint)  
 (c) Les listes de références d'objets d'imagerie médicale sont typées d'après la procédure qui a produit ces objets d'imagerie. Ce typage constituera une nomenclature complémentaire, propre à ces documents, à paraître.  
 (d) Les codes temporaires ou spécifiques attribués à l'élément typeCode par l'ASIP s'appuient sur l'OID 1.2.250.1.213.1.1.4.12

This material contains content from LOINC® (http://loinc.org). The LOINC table and LOINC codes are copyright © 1995-2017, Regenstrief Institute, Inc. and the Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) Committee, and is available at no cost under the license at http://loinc.org/license



**DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ**

Version du 12/04/2018  
(V2.1.0)

## Matrice d'habilitations des professionnels de santé

(conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline)

Page 2/2

L'accès au DMP d'un patient est réservé aux professionnels de santé expressément autorisés ou réputés autorisés du fait de leur appartenance à son équipe de soins. Lesdits professionnels ne peuvent accéder qu'aux catégories de données prévues au titre de la présente matrice des habilitations et ne doivent accéder, au sein de ces catégories, qu'aux seules données strictement nécessaires à la prise en charge du patient. L'attention des professionnels de santé est attirée sur le fait que l'ensemble des accès et actions sur un DMP est tracé dans le système DMP. Ce dernier est également notifié, par tout moyen, de tout premier accès d'un professionnel de santé à son dossier médical partagé. Tout accès en dehors des règles précitées est passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende, conformément au droit pénal, sans préjudice des poursuites qui pourraient être engagées devant les juridictions disciplinaires de l'ordre.

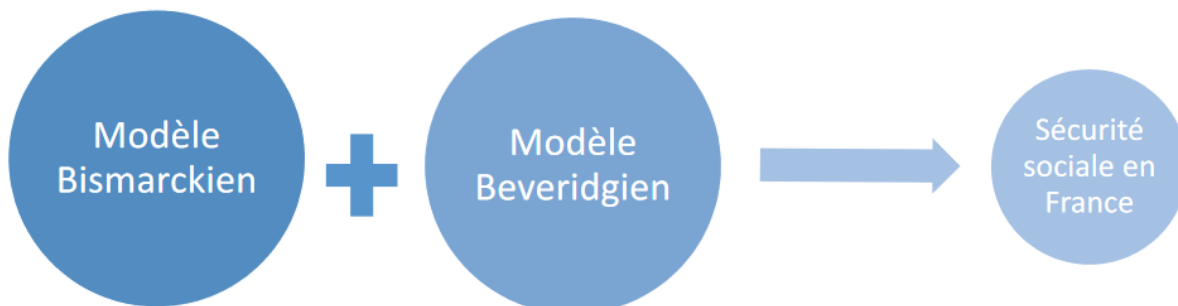
		Code profession CPS (a) ←												
		10	21 (b)	40	50	21 (b)	60, 69	70	80	91	92, 94, 95, 96	26, 81, 82, 83, 84, 85	28	98
Classe de document (classCode)	Type de document													
Code	Intitulé (classCode/Desc/Int/Name)	Code LOINC (TypeCode)	Intitulé (TypeCode/Desc/Int/Name)											
<b>31</b>	<b>Imagerie médicale</b>													
		Code procédure variable (c)												
		52040-3	Document encapsulant une image d'illustration non DICOM	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
<b>42</b>	<b>Traitements prescrits ou administrés</b>													
	29551-9	Prescription de médicaments	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	52521-2	Prescription de soins	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	52063-5	Prescription (autre)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>43</b>	<b>Dispensations</b>													
	29550-1	Dispensation médicamenteuse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	DISP_AUT (d)	Dispensation (autre)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
<b>44</b>	<b>Plans de soins, protocoles de soins</b>													
	18776-5	Plan personnalisé de soins	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	PROT_ALD (d)	Protocole de soins ALD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
<b>52</b>	<b>Certificats et déclarations</b>													
	CERT_DECL (d)	Certificat, déclaration	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
<b>60</b>	<b>Données de remboursement</b>													
	REMB (d)	Données de remboursement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>90</b>	<b>Expression du titulaire</b>													
	EXPPAT_1 (d)	Volontés et droits du patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	EXPPAT_2 (d)	Document du patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(a) La CPS est requise pour l'authentification du professionnel de santé et le contrôle de ses habilitations.  
 (b) La profession des pharmaciens (code profession 21) se subdivise en deux colonnes assorties d'habilitations propres, selon leur section d'appartenance (table G05 de la CPS) :  
 - Les pharmaciens biologistes sont inscrits dans l'une des deux sections G (pharmacien biologiste) et EG (DOM - pharmacien biologiste)  
 - Les pharmaciens d'officine et hospitaliers inscrits dans l'une des sections A, DA, DM, DH, EA, ED, EH ou H (Titulaire ou Adjoint)  
 (c) Les listes de références d'objets d'imagerie médicale sont typées d'après la procédure qui a produit ces objets d'imagerie. Ce typage constituera une nomenclature complémentaire, propre à ces documents, à paraître.  
 (d) Les codes temporaires ou spécifiques attribués à l'élément typeCode par l'ASIP s'appuient sur l'OID 1.2.250.1.213.1.1.4.12

This material contains content from LOINC® (http://loinc.org). The LOINC table and LOINC codes are copyright © 1995-2017, Regenstrief Institute, Inc. and the Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) Committee, and is available at no cost under the license at http://loinc.org/license

### Annexe 3: Le système de protection sociale français

La France va bâtir un système hybride (inspiré de deux modèles), solidaire et redistributif, alliant protection universelle et gestion autonome par les partenaires sociaux (démocratie sociale).



Assurance  
Financement par cotisations  
Pour travailleurs  
Revenu de remplacement pour ceux qui ne peuvent plus travailler  
Gestion du système confié aux intéressés ou à leurs représentants (syndicats)

Assistance et solidarité  
Financement par contributions publiques ou par impôt  
Pour tous, universel  
Minimum vital pour tous  
Gestion du système par le pouvoir public

## **Annexe 4: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Le développement des nouvelles technologies en médecine générale : utilisation, attentes et appréhensions des médecins généralistes du Cotentin dans leur pratique.

### **IDENTIFICATION**

Chercheur responsable du projet : Catherine BEROT

Programme d'enseignement : Thèse

Directeur : Dr LE GAC, médecin généraliste, attaché au département de médecine générale de la Faculté de CAEN

Département : Médecin Générale, Faculté de CAEN

### **INTRODUCTION**

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but et la procédure de cette recherche. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

### **BUT DU PROJET**

Vous êtes invité à partager votre expérience et vos réflexions personnelles concernant la place et l'utilisation des outils informatiques dans les visites à domicile en médecine générale.

### **PROCEDURE DEMANDEE AU PARTICIPANT**

Votre participation prendra la forme d'un entretien individuel qui sera enregistré en audio. Le lieu et l'heure de l'entretien sont convenus avec le responsable du projet. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

### **ANONYMAT ET CONFIDENTIALITE**

Les renseignements recueillis lors de l'entretien sont confidentiels et seuls le responsable du projet et son directeur de recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa retranscription.

Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codée) et votre formulaire de consentement seront conservés par le responsable du projet de recherche pendant la durée du projet, soit environ 6 mois.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

Votre participation à ce projet est volontaire ; cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans pression ni contrainte extérieure, et que vous êtes libre de mettre fin à cette participation à tout moment au cours de cette recherche. Le cas échéant les données vous concernant seront détruites. Votre accord pour cette participation implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser les renseignements recueillis aux fins de la présente recherche (thèse) à la condition qu'aucun élément ne pouvant vous identifier ne soit divulguée publiquement.

### **COMPENSATION FINANCIERE**

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Si vous le souhaitez, le résultat de cette recherche pourra vous être transmis à la fin du projet.

### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet de recherche et nous vous remercions de votre participation.

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche et à ce que mon entretien soit enregistré. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à ce projet est volontaire et que je peux l'arrêter à tout moment sans justification à donner, il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Nom et signature du participant :

Date :

Je déclare avoir expliqué le but et la nature de mon projet.

Nom et signature du responsable du projet :

Date :

## **Annexe 5 : Guide d'entretien**

### **Guide d'entretien**

#### **- Introduction à l'entretien**

Bonjour, je m'appelle Catherine BEROT, je viens de terminer mon internat à l'université de Caen et je réalise une thèse concernant l'outil informatique dans les visites à domicile, sous la direction du Dr LE GAC.

Je vous remercie d'accepter de participer à cette étude.

Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré, puis retranscrit et analysé avec anonymisation des données.

L'objectif est d'analyser les pratiques, les points de vue et les réflexions sur la place de l'outil informatique dans les visites à domicile en médecine générale.

Avant de commencer l'entretien, avez-vous des questions ?

#### **- Questionnaire de présentation du médecin, faisant préciser**

Date d'installation

Type d'installation: urbain, semi-rural ou rural

Lieu d'exercice

Nombre d'Associés au cabinet

Cabinet informatisé ou non, disposant d'un secrétariat ou non

#### **1) Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?**

#### **2) concernant la pratique de visites à domicile :**

Dans le cadre de votre exercice, effectuez-vous des visites à domicile (VAD)?

A quelle fréquence ?

Quel est le temps moyen que vous passez chez le patient lors d'une VAD ?

Lors de ces visites, utilisez-vous un support pour noter vos observations?

Avez-vous déjà rencontré des difficultés de tenue du dossier en visite?

De quel ordre ?

Pour les patients pris en charge de manière pluridisciplinaire (HAD, SSIAD, autre), communiquez- vous avec les autres structures ?

Par quel moyen ?

Utilisez-vous un/des outils informatiques lors de vos VAD ?

##### **a) Si oui,**

Quel type ?

Avez-vous déjà rencontré des difficultés d'utilisation de ces outils informatiques au cours d'une visite?

##### **b) Si non,**

Pour quelle(s) raison(s) n'utilisez-vous pas d'outil informatique lors de vos VAD?

3) **A propos des nouveaux outils numériques en cours de développement dans le domaine médical :**

a) Le DMP

Que pensez-vous du nouveau Dossier Médical Partagé ?

Pensez-vous que le DMP est un bon outil pour améliorer la communication entre ville et hôpital ?

Comment comptez-vous le mettre en place pour vos patients à domicile ?

Envisagez-vous d'investir dans un outil informatique pour pouvoir entretenir le DMP à domicile?

b) Concernant les autres technologies en cours de développement :

Que pensez-vous du développement de la télémédecine, et notamment de l'apparition de cabines médicales connectées dans les EHPAD par exemple ?

Pensez-vous que le développement des outils informatiques puisse améliorer la prise en charge des patients à domicile ?

Pour vous, quel serait l'outil informatique idéal ?

En quelques mots, pouvez vous me dire ce que

- l'outil informatique peut apporter au médecin
- ce que cela peut apporter au patient, de votre point de vue de médecin

## **Remerciements**

### **Exemples de questions de relance :**

*Avez-vous un exemple ?*

*Pouvez-vous préciser ?*

*Qu'entendez-vous par... ?*

*Donc selon vous....*

*C'est-à-dire*

## **Annexe 6: Retranscription du premier entretien**

### **Médecin 1**

M1 : Alors je suis médecin généraliste en pôle de santé libérale ambulatoire, je me suis installé en février 2017. Territoire plutôt semi rural on va dire. J'ai deux associés ; je suis maître de stage. Le cabinet est informatisé et dispose d'un secrétariat.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'informatique ?

M1 : Oui, ce qui fait que j'arrive à faire deux trucs en même temps (répond à un SMS). C'est-à-dire d'envoyer un texto et en même temps de répondre à vos questions. Et chez moi, j'utilise internet, bah, fréquemment, et puis du coup, surtout ordinateur portable, beaucoup beaucoup téléphone et un peu tablette.

BC : Dans le cadre de votre exercice, faites-vous des visites ?

M1 : oui, je fais des visites, le moins possible mais j'en fais quand même. Plutôt, voire que, en secteur rural. Pas plus de trois à quatre par semaine en général.

BC : Combien de temps dure en moyenne une visite chez le patient ?

M1 : En moyenne euh... quinze minutes jusqu'à trois quarts d'heure.

BC : Durant ces visites, utilisez-vous un support pour rédiger une observation ?

M1 : Non. Quand il y a des éléments importants, je les écris en rentrant. Je les retape sur le logiciel en rentrant.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour la tenue du dossier pendant vos visites ?

M1 : Oui, c'est assez difficile parce que du coup quand il n'y a pas d'éléments pertinents, ça m'arrive d'avoir un petit peu la flemme de re-remplir le dossier, et du coup je... je pense que c'est délétère pour le patient, déjà par le fait que je dois oublier des choses entre deux, et surtout que si c'est pas moi qui fait la visite suivante, ça peut arriver qu'il y ait des pertes d'information. Donc c'est pour ça que finalement je le fais systématiquement quand c'est une situation complexe, et euh par exemple sur une réévaluation de traitement ça m'arrive d'être un petit peu plus lâche.

BC : concernant les patients pris en charge de manière pluridisciplinaire, communiquez-vous avec les autres structures ?

M1 : euh.... Ben oui, si si, ça m'arrive régulièrement d'appeler soit des confrères de spécialité d'organe, ou sinon même des professionnels sociaux ou médicaux-sociaux.

BC : avez-vous un moyen de communication entre vous au domicile du patient ?

M1 : le téléphone. Pas de dossier papier, pas de fiche. Après il y a quand même la situation spéciale de l'HAD où là il y a carrément le dossier sur place et c'est du coup beaucoup plus carré quand même.

BC : Vous arrive-t-il d'utiliser des outils informatiques pendant vos visites ?



M1 : hum.... Oui, oui oui, ça m'arrive d'utiliser mon smartphone pour les prescriptions quand j'ai un doute, ça m'arrive de l'utiliser pour rechercher des numéros de téléphone, pour consulter des données, notamment même les prises de sang, les données bio que je reçois sur mon téléphone via le logiciel Apicrypt, enfin, l'application ; ça m'arrive de l'utiliser même pour faire des honoraires quand je ne sais pas, parce que j'ai une application aussi pour ça, et euh... puis voilà, en gros aussi reconsulter quelques reco, des trucs comme ça, ça m'arrive.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés d'utilisation de ces outils au cours d'une visite ?

M1 : Oui, l'absence de réseau 4G, (éclat de rire) et ça c'est très très chiant parce qu'il y a certains territoires à circuler où jusqu'à il n'y a pas longtemps il n'y avait pas de réseau internet ; maintenant c'est beaucoup mieux.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M1 : Le DMP sur le papier c'est très très bien, euh... c'est une très bonne initiative pour palier au manque d'informations, notamment entre euh... la ville et l'hôpital, et également entre les différents confrères qui peuvent intervenir, qui parfois voient le patient - je pense à SOS médecins, des choses comme ça - qui voient le patient sans avoir de dossier complet sur lui ; euh... après, le gros défaut du DMP c'est qu'il y en a peu d'ouverts, que c'est difficile à ouvrir, enfin c'est simple techniquement mais ça demande beaucoup de temps sur des journées de consultations qui sont déjà énormément chargées, que finalement, l'utilisation - j'ai essayé de le faire récemment -est pas si euh... optimale que ça, que ça demande un peu de temps, de connexion – moi j'ai essayé de télécharger un compte-rendu de RCP dessus, je crois que ça n'a pas marché – donc ça demande un petit temps d'adaptation à l'outil pour l'interface qui est entre notre logiciel et le DMP, et pour le moment j'en ai une utilisation très très limitée de ce fait là. Mais c'est très bien et il faut que ça continue de se développer et ce sera probablement un outil d'avenir.

BC : êtes-vous prêt à l'utiliser aussi pour vos patients à domicile ?

M1 : Oui, avec le raccord je veux bien s'il y a une bonne couverture réseau, je veux bien, et euh... après faudra très largement qu'il soit optimisé, ce DMP, parce que là pour le moment ça prend beaucoup de temps.

BC : Et êtes-vous prêt à investir dans un outil informatique pour l'utiliser ?

M1 : ben s'il est pertinent oui ; si le DMP devient plus pertinent ça ne me dérange pas d'acheter une tablette ou un ordi pour l'utiliser en visite.

BC : donc si je comprends bien le DMP sera un bon outil quand il sera optimisé.

M1 : oui pour la communication ville/hôpital tout comme la communication ville/ville, et probablement hôpital/hôpital, mais c'est des problématiques qui me touchent un peu moins tout de suite donc je me rends pas compte... mais oui c'est sûr que ce sera le cas, même si on imagine que le service interne de l'hôpital est très bon mais entre l'hôpital et la clinique par exemple c'est très probable qu' avoir un DMP optimisé ça peut être très intéressant.

BC : Que pensez-vous du développement de la télémédecine, avec notamment l'apparition des cabines médicales en EHPAD ?

M1 : alors, les chariots de télémédecine ? Euh... ça pour moi c'est très très intéressant, notamment pour les EHPAD qui sont reculées. Euh... parce que je – d'ailleurs c'est un projet que j'ai pour le pôle santé, c'est d'avoir une cabine sur l'EHPAD de F.... et peut-être à terme sur le foyer pour personnes Handicapées, même si là la difficulté c'est qu'il n'y a pas de personnel soignant, et qu'il faut un technicien soignant sur place pour faire fonctionner le chariot – donc euh... au moins pour l'EHPAD, parce qu'on sait qu'il y a des dizaines et des dizaines de patients qui font des allers-retours tous les ans sur une planche de bois aux urgences pour euh... rien, sur inquiétude du personnel paramédical, qui est souvent très légitime, mais qui pourraient être pris en charge soit de façon un peu différée, soit des fois juste sur un simple conseil, je suis persuadé que si on avait des chariots de télémédecine, on pourrait, alors que là on a quinze minutes de trajet aller-retour plus le temps sur place, en deux secondes, dire « il faut envoyer » ou « il faut pas envoyer », et notamment la nuit, parce que c'est souvent la nuit que les patients sont envoyés, si on avait SOS médecins qui pouvait utiliser ces chariots de télémédecine, probablement qu'il y aurait des passages en moins qui se feraient également, parce que parfois ils sont surchargés, ils peuvent pas se déplacer – ça leur fait pour eux une heure de route, deux fois une demi heure en gros – et du coup s'ils avaient une évaluation du patient à première vue sur le chariot de télémédecine, ils pourraient dire « oui je viens », « non ça peut attendre demain matin le médecin traitant » ou alors « c'est pas de mon ressort, c'est le SAMU qui doit venir chercher la personne ». Et là- dessus, même si on évite, euh... allez, quarante, ou même vingt allers-retours de patients en pleine nuit sur des planches en bois à quatre-vingt dix ans, ben on aura gagné et rentabilisé le chariot de télémédecine. Donc je pense que c'est un super outil qu'il faudra développer, oui.

BC : Pour vous, quel serait l'outil informatique idéal ?

M1 : (soupir) Un outil commun, (rire) qu'on arrête de nous embêter avec des logiciels qui se développent chacun dans leur coin, un peu boiteux, qui coûtent énormément cher, avec des frais de développement du coup chers puisque chacun fait son truc dans son coin ; moi je rêverais d'un logiciel commun qui soit optimisé pour les médecins, ben avant tout généralistes, mais également peut-être qui puisse avoir des ponts ou des entrées pour l'hôpital. Peut-être que le DMP, si un jour il devient largement optimisé, pourrait remplir ce rôle. Mais là tout de suite ce que j'aurais envie c'est qu'on ait tous le même, qu'il soit connecté, et que les patients qui viennent me voir de je ne sais où n'aient plus à récupérer leur dossier papier mal trié qui date d'une dizaine d'années alors qu'on pourrait avoir tous les dossiers scannés et les consulter avec accord du patient.

BC : en quelques mots, selon vous qu'est-ce que l'outil informatique peut apporter au médecin ?

M1 : ben de la précision ; de la précision parce que ça donne accès à tout un tas de données, de compte-rendus, etc... en deux secondes, bien classés et qu'on peut aller reconsulter au moindre doute, ça donne accès à la liste des antécédents et aux allergies avec des algorithmes de blocage donc ça évite des erreurs médicales, ça affine les diagnostics et la compréhension du dossier, même si, c'est peut-être le cas plus des anciens, je sais qu'ils ont une vision de leur patient qui est très complète etc..., ben moi je trouve que l'outil informatique, il m'aide à ne pas oublier tel petit antécédent, telle donnée de bio que j'avais pas, etc... tout avoir en quelques secondes sous la main, ça c'est vraiment optimal. Euh... qu'est ce que ça fait d'autre... ça me fait gagner du temps aussi sur le déchiffrage, gagner du temps sur les réévaluations de traitement – quand je pense qu'il faut rien changer j'ai juste à cliquer pour recopier, ça prend deux secondes. Le pharmacien est bien content parce que c'est plus facile à lire, les patients sont bien contents parce qu'ils arrivent à lire les compte-rendus, euh... et puis après ben voilà, ça classe, facilement, ça rend accessible, ça rend rapide, et ça permet aussi du lien sécurisé entre tous les intervenants de santé, c'est-à-dire que ben, si les données sont la plupart du temps cryptées, il y a pas de danger que ce soit intercepté ou en tous cas déchiffré facilement ; pour les patients du coup et même pour nous c'est sécurisant, et puis ça

permet d'avoir un contact rapide avec les confrères, euh par des mails sécurisés, des choses comme ca.

BC : et de votre point de vue de médecin, que peut en retirer le patient ?

M1 : euh... ben il y a ça, la sécurité de pas avoir ses données décryptées, la sécurité qu'elles ne soient pas perdues ; euh... ben le dossier papier d'un médecin qui part à la retraite, qui malheureusement n'a pas pu prévenir ses patients du coup il y a des dossiers qui sont perdus qu'on n'a pas pu récupérer, donc de l'avoir de façon informatique ça permet de, à tout moment, de le récupérer. Qu'est-ce que ça permet d'autre... ben un médecin, ben un peu le miroir de ce que je venais de dire, qui est plus pertinent, qui vous connaît mieux, qui quand il a oublié quelque chose, peut l'avoir facilement sous la main en quelques secondes.

BC : très bien, je vous remercie d'avoir participé à cet entretien.

## **Annexe 7 : retranscription des entretiens**

### **Médecin 2**

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M2 : Monsieur (Nom Prénom), né en 1953. Je suis installé depuis 1982. Installation plutôt semi-rurale, associé dans un cabinet qui est informatisé et dispose de 2 secrétaires, et maître de stage.

BC : dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?

M2 : Non.

BC : C'est-à-dire ?

M2 : Euh... pas d'expérience (silence), pas d'intérêt.

BC : Chez vous, vous n'utilisez pas d'ordinateur,... ?

M2 : j'ai... euh... un portable qui me sert d'ordinateur et une tablette mais j'ai pas d'informatique pur. Je vais très peu sur internet. Je vais un peu sur internet mais pas de façon régulière.

BC : Concernant les visites à domicile, faites-vous des visites dans le cadre de votre exercice ?

M2 : oui, dans le secteur de... du... sur le champ d'action du territoire, c'est-à-dire sur l'ancien canton de (...) constitué des 15 communes du secteur.

BC : Est-ce que vous en effectuez souvent ?

M2 : Non, environ euh... par semaine... 4, pas plus.

BC : Lors de vos visites, combien de temps passez-vous chez le patient ?

M2 : Variable selon le problème, euh... entre un quart d'heure et vingt minutes, vingt cinq minutes si plus de problèmes. Entre dix et vingt minutes.

BC : pendant ces visites, utilisez-vous un support pour rédiger une observation ?

M2 : Non.

BC : De ce fait, avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la tenue du dossier, en visite ?

M2 : Oui.

BC : C'est-à-dire ?

M2 : Euh à domicile, ben manque de repères par rapport euh... aux actes précédents, par rapport aux courriers existants, par rapport aux traitements existants. Euh... (silence) de retour au cabinet, euh... pas toujours le temps de remettre en place un résumé de la visite, et donc pas toujours des renseignements sur cette visite, inscrite.

BC : Si vous avez des patients pris en charge de manière pluridisciplinaire, est-ce que vous communiquez, et si oui comment, avec les autres structures ?

M2 : alors, comment je... je... c'est plus une communication... alors... euh... Quand j'adresse tous mes patients je fais systématiquement des courriers accompagnés, donc tous les spécialistes sont vus avec des courriers ; euh... en ce qui concerne les spécialistes par rapport au cabinet, la même chose, euh, courriers adressés soit directement par l'intermédiaire d'APICRYPT soit amenés par les patients à la consultation.

BC : et ceux pris en charge à la maison par l'HAD ou le SSIAD par exemple ?

M2 : alors ceux qui sont en HAD ou avec le SSIAD, ben j'ai pas trop, il n'y a pas trop de communication, oui, avec les autres structures. C'est-à-dire qu'on laisse rarement des mots, il n'y a pas d'organisation au domicile du patient pour communiquer de façon valable avec eux. Ou on la cherche pas... (diminution de l'intonation) on pourrait effectivement peut-être se renseigner plus sur existe-t-il une fiche de liaison... il doit y en avoir...

BC : De ce fait, utilisez-vous des outils informatiques pendant vos visites ?

M2 : non.

BC : Pour quelles raisons ?

M2 : Parce que, à ce jour je ne suis pas équipé, euh, de moyens me permettant justement cette interaction entre le dossier médical et la visite. Le logiciel n'est pas exploitable à distance puisque c'est un logiciel qui est sur le serveur du cabinet, donc incapacité à l'interroger à distance.

BC : et votre téléphone ?

M2 : Oui bien sur, j'ai des applications style banque de données Claude Bernard, euh, mais je peux par exemple rechercher par l'intermédiaire de mon téléphone aussi des renseignements sur telle ou telle pathologie, telle ou telle thérapeutique, mais c'est surtout dans la communication avec le dossier du patient qu'il y a un vide total.

BC : Concernant les outils numériques en cours de développement, que pensez-vous du nouveau DMP ?

M2 : hum... euh... un peu compliqué, euh... moi j'ai commencé à ouvrir des DMP, euh... pas trop à les renseigner, mais j'essaie si je suis dans le temps, dans le bon timing par rapport à mes consultations, de dire aux gens, de leur demander s'ils sont d'accord pour ouvrir leur DMP ; après je pense qu'il faudra effectivement être vigilant à les renseigner, mais ça on n'a pas encore vraiment de technique pour le transfert des informations du dossier vers le DMP.

BC : Et pour les patients vus à domicile, seriez-vous prêt à investir dans de l'informatique pour pouvoir créer et entretenir le DMP ?

M2 : entretenir... en tous cas le renseignement, oui. Que ce soit sur un portable ou une tablette qui puisse permettre de communiquer, oui bien sur.

BC : et quels seraient les freins à cette mise en place ?

M2 : y a pas de frein, c'est l'évolution naturelle, je crois que c'est une question d'organisation, c'est de mettre le pied dans le système. Euh... aujourd'hui on a un logiciel qui est sur serveur, demain on aura un logiciel qui sera externalisé, donc là les choses seront complètement différentes, on pourra effectivement à la fois renseigner beaucoup plus facilement je pense, et le dossier patient, et en même temps, par cet intermédiaire, renseigner le DMP.

BC : Est-ce que pour vous le DMP sera un bon outil pour améliorer la communication Ville / Hôpital ?

M2 : euh... (soupir)... Oui probablement, parce que bon, on arrive à peu près à avoir les dossiers de l'hôpital, donc la communication hôpital-ville se fait de façon à peu près correcte, bien qu'il y ait des problèmes dans les... dans les systèmes de... de... enfin moi je trouve... c'est une réflexion... Mais c'est un problème typiquement (nom ville où se trouve l'hôpital local) qui est dû au fait que l'hôpital ne transmet pas aux normes HPRIM et donc par l'intermédiaire des messageries sécurisées on a plus de problèmes pour récupérer les dossiers, mais c'est vrai que dans le cadre de la communication ville-hôpital, on est au B.A.BA, donc effectivement le DMP c'est tout de même une bonne interface. (silence).

BC : Pensez-vous que le développement des outils informatiques permettra d'améliorer la prise en charge des patients vus à domicile ?

M2 : oui, bien sûr.

BC : dans quelle mesure?

M2 : c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est surtout le fait de pas... d'éviter de... moi j'essaie toujours, quand je pars en visite, d'avoir au moins le traitement, de le récupérer, de l'avoir avec moi, euh... mais encore une fois c'est... voilà... un évènement survenant, on se déplace pour euh... une problématique particulière, non pas pour un renouvellement, automatiquement on n'a pas toujours effectivement l'instinct, à la fin de la visite au retour du cabinet, de renseigner le dossier et de pouvoir dire voilà... donc oui effectivement.

BC : Concernant l'apparition de la télémédecine, si on prend l'exemple des EHPAD, que pensez-vous des cabines connectées ?

M2 : (interruption par appel d'un professionnel de santé au sujet d'un patient). Oui je pense que ça permettrait de résoudre un certain nombre de petits problèmes, euh... effectivement, qui euh... qui nous obligent à des déplacements qu'on n'a pas toujours le temps de réaliser; euh... on arrive déjà à peu près à communiquer dans la mesure où, sur un ensemble de choses, les infirmières des EHPAD font un certain nombre de gestes qui permettent, bon, elles ont un doute sur une infection urinaire, on demande à ce qu'elles fassent un ECBU et on fait une prescription avant de pouvoir éventuellement voir les patients, mais ça pourrait améliorer bien sûr un peu plus la communication et éviter des déplacements qui sont pas utiles ou voilà. (silence). Et peut-être d'avoir même un suivi plus régulier, parce qu'en fait on arrive à des solutions où, comme avec l'ensemble des patients, on essaie d'espacer les consultations de renouvellement quand l'état est satisfaisant, euh.... Ça permettrait peut-être d'avoir une surveillance plus régulière tout en évitant des déplacements.

BC : Pour vous, quel serait l'outil informatique idéal ?

M2 : (inspiration profonde). Oh certainement une tablette élaborée, (soupir) ; alors... oui... certainement une... une tablette élaborée qui puisse à la fois permettre de la connectivité visuelle et audio, de voir des... par exemple... je pense que... la même chose en ce qui concerne les

problèmes de plaies, les problèmes d'ulcères, les problèmes de... Je pense qu'on ne fait pas suffisamment appel à l'outil informatique. Alors qu'on pourrait très bien, effectivement, de temps en temps, filmer ou prendre des photos d'une plaie, l'envoyer, communiquer, et puis euh... bon alors c'est difficile de se rendre compte exactement des choses... mais je pense qu'on a quand même déjà un avant-goût, une idée sur faut-il se déplacer ou pas.

BC : En quelques mots, pouvez-vous me dire ce que le médecin peut retirer de l'outil informatique ?

M2 : alors... euh... (soupir) je pense que c'est une meilleure organisation de son travail, une plus grande efficacité, euh... moins de place à certaines hésitations sur le passé, sur l'historique et sur l'évolution thérapeutique, euh... déjà ça.

BC : et du point de vue du médecin, qu'est-ce que le patient peut en retirer ?

M2 : de la part du médecin... je pense qu'il... encore une fois, les mêmes avantages, c'est-à-dire que je pense que, effectivement, d'une part, peut-être une (silence)... je pense une plus grande sécurité, et une... oui, une plus grande sécurité.

BC : Je vous remercie pour cet entretien.

### Médecin 3

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M3 : Je m'appelle (...), on est deux au cabinet, c'est un milieu semi-rural hein, euh... j'ai maintenant une associée mais actuellement il n'y a que moi qui suis informatisée, j'ai Mediclick comme logiciel, Apicrypt pour les courriers, et Bioserveur pour les analyses. je fais quelques visites, vraiment très peu, chez les sujets qui ne peuvent pas se déplacer, des personnes âgées en général.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'informatique ?

M3 : pff... juste pour l'utilisation. C'est un peu comme la voiture, je sais l'utiliser mais je fais pas de choses très fantaisistes avec. J'utilise par exemple les messageries, pour ma banque, pour faire des recherches, des réservations...

BC : Donc concernant les visites à domicile, vous disiez ?

M3 : En général j'en fais peut-être 6 par semaine.

BC : Combien de temps passez-vous chez le patient pendant une visite ?

M3 : Sur place je reste en général entre 15 et 20 minutes.

BC : Pendant ces visites, utilisez-vous un support pour rédiger une observation ?

M3 : Alors en général ils ont un cahier chez eux sur lequel je note mes observations effectivement pour me souvenir d'une fois sur l'autre, et quand je rentre au cabinet, j'essaie de toujours mettre un petit mot dans le dossier s'il y a quelque chose de particulier.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés à la tenue de ce dossier au domicile ?

M3 : Oui, parce que quelques fois ils ne retrouvent pas leur dossier, euh... parce qu'on a aussi beaucoup de mal à leur faire acheter un petit cahier, donc c'est vrai que c'est pas toujours évident. Et puis quelques fois aussi euh... lorsqu'il y a un travail un petit peu d'équipe, soit les aides ménagères soit les aides-soignantes ont tendance à tout noter, du coup ça devient peu utilisable parce qu'il y a vraiment trop de choses, trop de détails de notés. Donc c'est pas toujours évident de bien trouver le rythme ; donc en général je me fais un cahier pour moi, que les infirmières et les aides-soignantes peuvent regarder, et puis à côté elles, éventuellement, elles font leur dossier. En cas d'HAD et de SSIAD par contre c'est dans des classeurs ; dans ces cas là j'écris dans le classeur.

BC : Vous arrive-t-il d'utiliser des outils informatiques en visite ?

M3 : euh... je vais chercher des résultats de labo, ça je le fais, sur mon téléphone ; encore faut-il, et c'est pas toujours le cas sur les lieux de visites, que je puisse capter, c'est un petit peu le souci... à S.... par exemple ça ne capte pas, c'est un peu embêtant. Euh... c'est vraiment la seule chose que je cherche... Si, je peux chercher aussi des numéros de téléphone, de correspondants, de transports,... voilà.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?



M3 : Oh moi sur le principe je suis pas contre du tout, après euh... ben voilà... Là tout de suite apparemment il commence par être bien mis en place par les pharmaciens, donc moi j'avais déjà l'habitude d'aller chercher au moins, sur des patients que je ne connaissais pas, les derniers remboursements de médicaments pour voir un peu ce qu'ils avaient comme traitement, voilà, là ce sera plus clair donc je suis pas contre du tout. Mais il faut pas qu'il y ait trop de choses, parce que s'il y a trop de choses, après c'est plus difficile, il y a une lecture qui est plus compliquée et on l'utilise moins. D'un autre côté, avec la multiplication des sources d'informations : courrier, internet, fax, ça fait augmenter le risque d'oubli voire risque d'erreur. Plus on a d'outils plus on crée de besoins. C'est comme quand des patients sont vus par plusieurs médecins, on a tendance à se dire « l'autre va gérer le problème ». On laisse une chose et au final c'est celle qu'il fallait traiter tout de suite. S'il y avait quelque chose de centralisé aussi à ce niveau là, ce serait top ; peut-être que le DMP pourrait aussi être une solution à ce problème là.

BC : Seriez-vous prête à utiliser le DMP comme dossier pour vos patients à domicile ?

M3 : oui, c'est vrai que je pourrais... encore faut-il que ça passe. Parce que s'il faut noter des trucs au crayon pour pouvoir aller dans une zone où c'est couvert, c'est... ça va être difficile.... Mais sinon ça pourrait être une solution, euh... je... alors je me suis pas beaucoup penchée sur le DMP mais je pense pas qu'on mette nos observ dessus, on met juste des petites mentions...? alors que moi j'ai tendance dans mon dossier maison à mettre mon observation ; ce sera un usage un petit peu différent.

BC : Seriez-vous prête de ce fait à investir dans un outil informatique utilisable en dehors du cabinet ?

M3 : il faudrait (rire). Il faudrait ! Parce que c'est vrai que régulièrement je me dis que c'est bête parce que, là j'ai des cartes vitales de patients qu'il faut que je fasse passer parce qu'ils sont en ALD et qu'ils paient pas, et donc j'ai des soucis pour leur rendre donc ça serait bien que j'aie un outil pour chez eux, que j'aie un boîtier, que j'aie euh... Voilà. C'est vrai que si j'ai un boîtier je pense que je pourrai utiliser plus facilement avec leur carte vitale peut-être, le DMP, je sais pas... Mais je ne me vois pas non plus venir avec un ordinateur chez les gens. Donc... il faudrait trouver... peut-être des tablettes, je sais pas, ce serait peut-être la solution...

BC : Pour vous, le DMP sera-t-il un bon outil pour améliorer la communication ville/hôpital ?

M3 : euh... Non parce que moi je trouve que j'ai une bonne relation avec l'hôpital, on a des courriers, ça passe bien ; le seul problème, là, c'est que l'hôpital local ne réussit pas à faire des courriers qui rentrent dans nos dossiers donc c'est un peu compliqué, mais les autres hôpitaux n'ont pas de problème (rire), donc le CHU nous envoie des trucs, les cliniques aussi, il y a vraiment que ... avec qui c'est un peu compliqué.

BC : Pensez-vous que le développement de l'outil informatique permette une amélioration de la prise en charge des patients à domicile ?

M3 : oui, c'est vrai que ça pourrait aider, pour récupérer des radios, des choses comme ça, surtout que souvent les gens qu'on voit à domicile c'est des gens un peu dépendants donc qui savent pas trop nous dire ce qu'a dit le médecin, le spécialiste, donc ça pourrait effectivement être utile.

BC : et que pensez-vous de l'arrivée de la télémédecine, notamment l'installation de cabines médicales connectées dans les EHPAD ?

M3 : c'est vrai que ça permettrait d'éviter les transports, notamment pour... qui doivent coûter relativement cher, qui sont parfois douloureux pour les patients, il y a des patients qui supportent très très mal les transports. C'est vrai que ça pourrait être utile. Bon ça... je pense vraiment, que pour les spécialistes. Ca reste important qu'il y ait un médecin généraliste qui examine régulièrement. Moi je suis pas...la télémedecine, oui pour un avis spécialisé mais il y a quand même besoin d'un examen.

BC : Comment pourriez-vous définir l'outil informatique idéal ?

M3 : il faudrait qu'il ne bugue jamais (rire), qu'il soit (silence)... avec une plateforme en cas de problème qui réponde rapidement, euh... et puis... là moi je suis relativement satisfaite, peut-être parce que je ne fais pas énormément de choses mais là j'ai trouvé une sorte d'équilibre avec mon logiciel et euh... il m'aide bien pour les courriers,... je me débrouille assez bien en fait avec. Le seul souci qu'on ait actuellement, enfin que j'ai moi, c'est les courriers de l'hôpital local. Sinon le reste fonctionne relativement bien, tout arrive bien sur les dossiers donc c'est, je trouve, pas mal.

BC : en quelques mots, pouvez-vous me dire ce que le médecin peut retirer de l'outil informatique ?

M3 : Alors ça permet de ne pas oublier, de se mettre des petits pense-bêtes, facilement accessibles, euh... ça permet de retrouver un historique facilement, d'avoir accès euh... ben aux intolérances...voilà. Sur l'aide à la prescription c'est vrai aussi que quelque fois il y a des interactions qu'on peut ignorer et ça peut être utile. Donc globalement ça peut être pas mal, et puis ça rassemble toute la biologie, euh... après ben c'est vrai que nous on est obligé de rentrer la radio mais il y a même des centres de radiologie qui nous proposent maintenant de faire rentrer les résultats directement par Apicrypt. Ce serait pas mal.

BC : et en temps que médecin, que pensez-vous que le patient peut de son côté en retirer ?

M3 : alors pour lui il y a un accès direct à ses résultats biologiques, donc ca c'est pas mal, je pense que pour lui ça peut éviter de nous apporter systématiquement euh... des choses, donc ça peut être bien aussi. Pour moi ça remplace vraiment pas une consultation donc c'est important que... mais il faudrait qu'on ait peut-être un petit peu plus de temps pour pouvoir effectivement tout voir et tout faire sur une seule consultation. C'est un peu le souci qu'on a actuellement avec des consultations à rallonge où on a trop de points à voir. C'est un petit peu aussi le contre-coup de cette multitude d'informations dont on est maintenant les destinataires, c'est que ça fait des consultations très longues quoi. Mais globalement pour le patient je pense qu'il est mieux traité, on garde l'historique de tout ce qu'on a pu faire, euh... je pense que ça c'est bien. Meme quelques fois on a des patients qui ont totalement oublié certains évènements, quelques fois ça nous aide nous pour appuyer une décision, et ça peut aider le patient à comprendre un petit peu, si on lui montre, en lui disant « regardez, là vous vous plaigniez déjà de ça », ça fait un visuel supplémentaire pour accepter un traitement, ou des examens, ou renoncer quelques fois renoncer à un nouvel examen si on peut leur montrer que ça a déjà été fait récemment. Ça peut les aider à être mieux pris en charge.

BC : Je vous remercie pour cet entretien.

## Médecin 4

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M4 : Oui, eh bien j'ai 62ans, je suis bientôt retraité, et associé avec quatre charmantes jeunes filles, tout va bien, à (nom commune), c'est la campagne, et de la médecine euh... on va dire semi-rurale, voilà. Secrétaires et informatique depuis longtemps ; secrétaires depuis 1974, informatisé depuis longtemps ; j'ai commencé l'informatique en 2009.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?

M4 : euh... mouais... bah... (rire) moyennement... vu mon âge euh... c'est pas ma génération l'informatique, mais bon je me débrouille. Voilà. Je me débrouille sans être à l'aise, faut pas exagérer. J'arrive à envoyer des mails, mettre des photos de vacances, écrire des SMS... donc à l'aise moyen moyen ; mais je fais la compta là-dessus aussi.

BC : dans le cadre de votre exercice, faites-vous des visites à domicile ?

M4 : oui, entre 5 et 10 par semaine, en territoire rural, environ 10 km autour du cabinet; c'est les vieux, à la maison de retraite principalement.

BC : combien de temps en moyenne passez-vous chez le patient ?

M4 : oh la, ça dépend de la propreté du chien.... de... en gros, vingt minutes, oui vingt minutes ; ça prend du temps. Sauf quand c'est en foyer résidence où tout est nickel et là ça va plus vite. Quand tu vas vraiment chez les gens c'est vingt minutes. (silence). Le temps de prendre un café, et le calva, hein !

BC : lors de ces visites, notez-vous vos observations sur un support ?

M4 : oui, le dossier papier. Donc c'est pas informatique. Sauf à l'EHPAD ils tapent sur ordinateur par contre, mais ç'est pas moi qui tape hein, moi je leur ai dit... Mais quand je rentre au bureau je retranscrit toujours ce que j'ai noté sur mon ordinateur quand même; ah oui, sinon.... Et puis je suis obligé, pour la compta,... déjà j'imprime l'ordonnance avant de partir et hop. Et au retour j'imprime l'observation. Et je regarde s'il y a des résultats biologiques aussi avant de partir.

BC : avez-vous déjà rencontré des difficultés à la tenue de ce dossier en visite ?

M4 : Quand c'est du papier, non, le crayon ça marche très bien (sourire).

BC : pour les patients suivis de manière pluridisciplinaire, communiquez-vous avec les autres structures ?

M4 : oui, par téléphone. Pour le SSIAD, en général même ils m'appellent avant, c'est souvent eux qui demandent les visites, le SSIAD, « ah il faudrait voir Madame untel parce qu'elle a les fesses rouges » par exemple... (raclement de gorge) donc ça c'est passionnant... (rire). HAD, par téléphone aussi.

BC : utilisez-vous parfois des outils informatiques en visite ?

M4 : oui, téléphone, si je veux appeler un correspondant. Je fais des photos aussi. J'ai des belles photos d'ulcères et autres escarres. Je les ai pas mises dans le dossier. Paraît qu'on peut le faire, mettre des photos dans les dossiers ; ouais... donc j'ai ça dans mon téléphone. Après, dans les soirées arrosées, « tiens ouais, t'as vu... ! » (rire). Sinon d'un point de vue médical, je surveille l'évolution, si ça régresse ou si ça augmente par exemple. C'est vrai que c'est pas mal. Les infirmières aussi prennent des photos et me les envoient, ça c'est bien. J'ai essayé l'application TELAP aussi une fois ; ouais, bof, c'est chiant très compliqué à gérer, donc j'ai laissé tomber TELAP. Je me débrouille avec les infirmières et les photos finalement. J'envoie aussi parfois les photos aux spécialistes ; untel qui est parti en retraite était très réactif, je lui envoyais les photos, il me répondait, il me disait « ouais ça c'est un eczéma » et me disait diprosone. Je disais « bon, ok ». Mais les autres, je pense pas qu'il soit très partant pour ce genre de choses.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M4 : (rire) Eh bien, ce sera bien quand ce sera mis en place, c'est-à-dire quand ça ? ah, ah ah.... Les pharmaciens de ... s'amuse à coller des vignettes sur les cartes vitales, pouf ! et.... Sur Axisanté il y a un petit onglet DMP, tu cliques dessus, ben... faut remplir paraît-il, mais le gars de la sécu va venir nous montrer. Mais bon, autrement ça va être parfait ça. Enfin parfait.... Ça devrait être parfait quand ça marchera. Hum hum... j'en pense du bien, c'est le progrès. Je serai prêt à l'utiliser si c'est mis en place avant que je m'en aille à la retraite, parce que... ah en principe ça devrait être opérationnel à la fin de l'année... normalement...

BC : seriez-vous prêt à changer vos pratiques pour utiliser ces outils ? le DMP et autres ?

M4 : ouais... ça vaut-il le coup pour 2 ans ? le DMP, ouais, faudrait vraiment l'utiliser sur informatique. Ben en visites... pff...ouais. Après, oui. Commencer à l'utiliser en consultation puis en visite. Faudra bien y passer. Mais c'est pas sûr que je sois concerné. Mais why not. Surtout en maison de retraite, mais eux ce sera fait directement je pense, dans les EHPAD. (silence) Peut-être...

BC : Est-ce que pour vous le DMP sera un bon outil pour améliorer la communication Ville/Hôpital ?

M4 : euh oui, si l'hôpital de son côté rentre les courriers de sortie dans le DMP par exemple, ce serait pas mal ça, ce serait même très bien. Ouais... on aurait moins de retard dans les courriers, (rire) surtout ceux qui arrivent 2-3 mois après, ou même les décès qu'on n'est pas au courant... hein... c'est vrai que ça arrive aussi... c'est un peu chiant.... Donc ça va être positif, si chacun fait son boulot, voilà. Ouais.

BC : Pensez-vous que le développement de l'outil informatique peut améliorer la prise en charge des patients vus à domicile ?

M4 : hum... Oui.... Oui... En principe oui, ça va pas être d'une manière.... Je sais pas... pas sûr hein. Logiquement oui, parce que c'est le progrès, mais je demande à voir. Parce qu'on arrive à se démerder quand même, même si les courriers de l'hôpital ne sont pas à jour... parce que le DMP ils mettent quoi dessus ? Tout, vraiment tout ? parce que si le traitement a été modifié récemment et que ça a pas été rentré dedans, tu l'as dans l'os, et ça... ou s'il va voir le cardiologue, qu'il modifie le traitement, et qu'il le met pas dans le DMP... ouais, il faut que tout le monde joue le jeu. Si tout le monde le fait correctement, oui ça va être une aide, donc ça va améliorer quand même oui.

BC : Vous qui faites des visites en EHPAD, que pensez-vous de la télémédecine et de l'exemple des cabines médicales connectées ?

M4 : ah! La télémédecine! Alors là je demande à voir aussi! Qui va payer ? ça va se faire ? On a fait une réunion là-dessus ; ouais, ben ça aussi quand ce sera au point.... Mais franchement, alors là, ça me laisse dubitatif... Mettre la mamie dans une cabine avec un stétho sur.... Mouais... ça je pense qu'on peut dépenser l'argent autrement et être plus efficace. Parce que ça va coûter la peau des fesses ça en plus ?! ah ben ça, attends, oui.. ! Ça va être très cher, et est-ce que ça va améliorer la prise en charge, c'est pas sûr.... Et pareil pour l'histoire de désert médical, est-ce que ça va combler les lacunes ? (soupir) Mouais... oui, peut-être... Mais ça fait un peu médecine robotique... Et qui va palper l'abdomen du papy en occlusion ? C'est pas la cabine ! Donc ça, ça me laisse très dubitatif. A voir. Prendre la tension ok, c'est tout. Et encore... et le pouls...

BC : Pour vous quel serait l'outil informatique idéal ?

M4 : hum... (silence) ouais...eh ben l'idéal n'existe pas je pense... je suis vachement optimiste..! (rire) l'outil informatique idéal ? Je demande à voir. Il y en aura peut-être un dans cinquante ou cent ans... peut-être... sinon une petite tablette dans sa sacoche ? j'en ai une à la maison mais je m'en sers jamais hein. Ou une tablette hyper performante, avec euh... qui fasse lecteur, tu mets la carte vitale, hop, ça fait tout quoi, et ça envoie à la sécu la feuille de soins, et que ci et que ça, parce que ça aussi c'est un peu chiant. Ouais. Faudrait grouper tout dans, voilà, un lecteur avec un écran qui te sorte le dossier. hum... parce que tu connais des tablettes où tu mets la carte vitale ? y en a pas hein !? ben voilà, finalement en cherchant bien, une tablette, hop tu mets l'écran, tu mets... s'ils veulent payer par carte de paiement pof tu mets la carte, et tu mets tout dedans, et l'imprimante incluse qui ressort l'ordonnance, paf ; ou encore mieux, pas d'ordonnance, ça part directement à la pharmacie ! l'ordonnance papier ça va être terminé ! donc plus d'ordonnance, voilà tiens. Plus de pharmacie bientôt, les médicaments vont arriver par la poste... chronopost, Amazon...

BC : selon vous, en quelques mots, qu'est-ce que le médecin peut retirer de l'outil informatique ?

M4 : gagner du temps, hum hum.... Sécuriser les prescriptions, qu'il y ait moins d'erreurs; parce que ton outil, bien sûr il aura un logiciel qui te donnera les interactions et tout et tout, j'imagine... ouais... et puis un truc du genre : l'INR rentre dans l'outil informatique et paf ça te donne la dose immédiate d'anticoagulant... donc des bénéfices de temps ; sécurité, et du coup peut-être mieux prendre en charge les petits vieux... parce que les visites c'est les petits vieux, aux trois quart voire quatre vingt quinze, quatre vingt dix huit pour cent. Y a pas si longtemps que ça, on faisait des visites pour tout le monde! là c'est fini heureusement parce que... voilà, donc la médecine du 22<sup>e</sup> siècle allez ! je serai plus là pour voir ça !

BC : Et selon vous qu'est-ce que le patient peut retirer de l'utilisation de cet outil par son médecin ?

M4 : euh euh... ben les petits vieux ils vont être là, « hé là hé là ! » (rire) mais bon si on arrive à leur montrer que c'est le progrès, qu'avec ça ils seront mieux soignés en principe, ils seront peut-être, peut-être ! contents. Puis surtout les jeunes, la famille des petits vieux. Tout est informatisé. Oui, donc globalement, des meilleurs soins.

BC : je vous remercie pour cet entretien.

## Médecin 5

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M5 : Je suis médecin généraliste installée depuis 2012, euh... voilà, on est un cabinet de 5 médecins avec des infirmières et une psychologue. Euh... on fait tous de la médecine générale classique avec visite à domicile des patients âgés ou dépendants, dans un territoire rural, très rural. Le cabinet est informatisé, en réseau, tout est sur informatique et on est passé aussi au scan des comptes-rendus, donc je passe au zéro papier. J'ai des collègues qui ont un peu plus de mal mais... Je suis maître de stage depuis novembre 2018.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?

M5 : oui, assez ; je suis pas une pro mais je me débrouille plutôt pas mal. Au cabinet c'est plutôt moi qui m'occupe de ça du coup, et à la maison aussi, c'est pas mon mari. J'aime bien chercher des solutions aux problèmes, donc voilà, ça me plaît plutôt. Après, des choses de base ; s'il y a quelque chose qui bloque, la gestion de photos, d'envoi de papiers, l'administratif, rien de bien compliqué. Après à la maison je vais aussi regarder le logiciel à distance pour le cabinet médical. On a changé de logiciel, du coup on a accès à distance, et c'est vrai que du coup on a mis ça en place et ça permet d'aller voir certaines choses quand je suis à la maison : faire de la compta,... éviter d'être au cabinet pour ces choses là c'est pas mal.

BC : Combien de visites faites-vous en moyenne par semaine ?

M5 : dans, la semaine, six à dix peut-être à peu près, ça dépend des pathologies, mais en moyenne peut-être six, en gros. Sur quatre jours travaillés.

BC : Combien de temps passez-vous chez le patient en moyenne ?

M5 : un quart d'heure sur place, un quart d'heure vingt minutes.

BC : Utilisez-vous un support pour rédiger vos observations ?

M5 : Non, je les rentre sur le dossier informatique en rentrant au cabinet médical. La bas j'écris même pas dans le dossier papier, je fais de mémoire et je note ici.

BC : Et pour les patients suivis de manière pluridisciplinaire, communiquez-vous avec les autres structures ?

M5 : Euh ben l'HAD, dans le dossier de l'HAD, écrit, donc là je mets mes compte-rendus, et ben après, il y a souvent des petits cahiers mis par la famille ou par les intervenants et j'écris toujours mon observ à l'intérieur. Quand il y a un cahier ou des intervenants extérieurs je mets toujours des petits mots dans le cahier.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour la tenue de ce dossier ?

M5 : Non, pas pour la tenue du dossier ; le problème est plus avoir besoin d'un compte-rendu et que du coup il soit dans l'ordinateur au cabinet et que... voilà. Je m'en souviens de mémoire mais des choses plus précises auxquelles j'ai pas accès chez le patient. Ça c'est plus le problème. Mais autrement la tenue du dossier non parce que je le fais en arrivant. Par contre oui c'est plus ça, une dernière biologie dont je veux vérifier quelque chose, je peux pas le faire sur place.

BC : Vous arrive-t-il d'utiliser des outils informatiques durant ces visites ?

M5 : Le Vidal sur mon téléphone, c'est tout. C'est posée la question d'utiliser notre logiciel en visite, on a la possibilité de le faire, mais j'avoue que je trouve ça aussi simple de revenir et de le rentrer ; après c'est vrai que ça pourrait me donner l'occasion de voir les compte-rendus mais je pense qu'il faut du réseau, et ça, dans nos campagnes, souvent on n'en a pas, donc....

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M5 : Je trouve que c'est très bien. Après, justement dans quelques minutes, j'ai rendez-vous avec le logiciel parce qu'on a un problème de connexion avec notre logiciel. Il est assez intuitif avec le logiciel qu'on a, qui est Axisanté ; on a un problème de connexion, qui est pas normal, donc on va régler ça tout à l'heure. Je pense que c'est très bien, de mettre les antécédents, traitements,... ma seule réserve c'est que le traitement sera pas mis à jour régulièrement, qu'il faut qu'on pense à le mettre à jour, enfin c'est ce qui me.... J'en parlais avec les patients, je me dis que... je leur dit toujours qu'il faudra qu'ils aient leurs ordonnances avec eux parce que moi je suis pas sûre de, à chaque fois que je vais faire une modification dans le traitement de fond des personnes âgées, de penser à aller enregistrer sur le DMP. C'est un peu ce qui me bloque. Et puis les gros compte-rendus par contre, les derniers compte-rendus importants je pense que c'est une bonne chose. Et que ce soit sur la carte vitale je pense que c'est très bien. Je pense que c'est plutôt une bonne décision. Par rapport aux essais qui ont été faits des petits carnets de santé,... je pense que c'est plutôt bien.

BC : Et pour les patients à domicile, comment envisagez-vous de faire ?

M5 : Je sais pas, (rire) je sais pas. Souvent, enfin la plupart des patients, quand la famille joue le jeu, on ramène leur carte vitale au cabinet pour passer la consultation, et souvent les familles viennent les rechercher, donc ça permettrait de le faire à ce moment là. Après, ben voilà, il y en a certains, c'est plus compliqué... après ce qu'on pourrait faire et qui serait peut-être bien c'est de mettre une feuille de synthèse chez les patients âgés qu'on voit en visite, avec au moins antécédents et traitements. Ça pourrait être une bonne chose ; mais il faudrait s'astreindre à le faire pour tout le monde.

BC : Pensez-vous que le DMP est un bon outil pour améliorer la communication Ville/Hôpital ?

M5 : Je pense. (rire). Si ça marche dans les deux sens. Voilà. Sous réserve voilà des derniers traitements qu'il faudrait qu'on astreigne à actualiser régulièrement de notre côté à nous. Après si ça nous permettait, nous, d'avoir les... ben des choses plus précises de l'hôpital, même si avec les lettres de liaison ça s'est amélioré mais... des choses plus précises de l'hôpital quand ils ressortent ; parfois on voit les patients avant d'avoir le compte-rendu et c'est compliqué. Après, je pense qu'on ne peut pas tout mettre sur le DMP, ce serait trop lourd, donc je sais pas comment ça peut. Je pense que ça peut aider dans le sens Ville Hôpital ; Hôpital Ville je sais pas. Je suis... faut que ce soit fait aussitôt, mais ça veut dire qu'il faut que l'hôpital ait tapé les compte-rendus aussitôt, donc... Bon déjà avec Apicrypt ça se fait assez rapidement. Je pense que ça va aider plus Ville-Hôpital que Hôpital Ville. De mon côté je pense. On verra...

BC : Que pensez-vous de l'arrivée de la télémédecine, avec l'exemple des cabines connectées en EHPAD ?

M5 : alors... j'étais un peu septique au départ. Je suis allée à une formation, et puis là il y a une cellule de discussion qui se met en place au niveau de la Sécurité Sociale et de l'ARS, donc je pense que je vais participer. Je pense que c'est une bonne piste, euh... s'il y a vraiment des cabines et s'il y

a un professionnel para-médical qui est présent sur place, je pense que ça peut être intéressant pour pas mal de choses. Euh... alors surtout dans les secteurs vraiment, vraiment déficitaires. Nous par ici, je ne sais pas... euh... ça pourrait peut-être éviter, oui, des déplacements qui prennent du temps, et qui pourraient être gérés peut-être plus facilement. Après au niveau investissements, je sais pas si c'est possible de le mettre en place de manière... fréquente dans beaucoup d'endroits. Mais je suis pas du tout réfractaire à ça, je pense que ça peut aider. Faut que ce soit bien mis en place, il faut qu'il y ait quand même quelqu'un qui soit formé à côté je pense, mais pourquoi pas oui. Ça peut être bien.

BC : En quoi pensez-vous que tous ces nouveaux outils informatiques peuvent améliorer la prise en charge des patients ?

M5 : Euh... ben traçabilité déjà, l'informatique je pense que c'est une très bonne chose, moi, que les choses soient écrites; un dossier médical bien tenu je pense que ça évite des sources d'erreur, pas toute source, mais ça évite quand même pas mal d'erreurs, euh... ne serait-ce que vérifier les antécédents quand on prescrit quelque chose c'est super important. Euh... la télémédecine je pense que ça peut aider au niveau de la démographie médicale ; c'est vrai que nous on bloque des créneaux de visite parce que... parce que voilà... on se retrouve avec des visites à faire quotidiennement. Si on savait qu'on n'a pas de déplacement à compter en temps et qu'on a un quart d'heure à passer avec le patient derrière l'ordinateur, oui, ça s'inclurait dans plus de consultations dans la journée certainement. Après la télémédecine, voilà, c'est plus par rapport au temps des visites, qui sont un peu perdues, mais euh... le temps perdu dans les transports ; après, ce qui peut... le service rendu au patient, la télémédecine... voilà c'est vraiment au niveau démographie, au niveau temps de visite, mais euh... voilà... autrement les soins... j'espère juste que voilà, on pourra faire un maximum de choses avec de la qualité. Mais ça faut essayer, voir comment ça va se passer.

BC : Pour vous, quel serait l'outil informatique idéal ?

M5 : Oh... je sais pas. (rire) Je sais pas. Je trouve que c'est pas mal ce qu'on a déjà. Après... oui l'idéal ce serait de pouvoir tout avoir, ouais, sur tablette et de faire au domicile du patient, mais toujours sous réserve du réseau, et voilà. L'idéal ce serait qu'on ait des lecteurs qui nous permettent d'aller passer les cartes vitales aussi chez les patients, mais ça coûte assez cher donc euh... ça on l'a pas pris. (soupir) L'outil idéal euh... je sais pas s'il y en a un. Mais je trouve que là déjà avec ce qu'on a c'est pas mal, j'ai pas trop d'idées sur qu'est-ce qui pourrait être amélioré. Ah l'idéal par contre du DMP ce serait que ce soit une mise à jour automatique, ça ce serait génial. Avec les traitements qui se mettent à jour automatiquement sans qu'on ait des choses à faire. Que ça se synchronise, ça ce serait chouette. Mais bon... ça je pense que... déjà il faut l'accord du médecin pour le faire, je pense, et légalement je sais pas si c'est possible.

BC : pouvez-vous en quelques mots me dire ce que le médecin peut retirer de l'outil informatique ?

M5 : Une traçabilité des choses, euh... une qualité de réflexion sur le dossier du patient, parce que... voilà... savoir ce qui a été fait, même quand c'est des remplaçants qui ont vu les patients ; voilà. savoir exactement ce qui a été fait, savoir exactement les traitements qu'ils ont eu aussi, les allergies, les antécédents,... si on se sert bien du dossier médical, on peut avoir l'ensemble des informations qui sont notées, sous réserve de s'astreindre à les mettre à jour régulièrement. Mais autrement... si, oui, quelque chose de vraiment carré pour la prise en charge.

BC : Et du regard du médecin, que peut en retirer le patient ?



M5 : moins d'erreurs, je pense ! (rire). Après, euh... une facilité aussi ben... ce qui arrive souvent hein: une ordonnance qui a été perdue, euh... voilà. Ça permet de ressortir des choses facilement, de retrouver des antécédents que les patients ont oublié, euh... pareil, là j'essaie de m'en servir au maximum pour tout ce qui est dépistage, mettre des alertes pour leur rappeler qu'à telle date il y a telle chose, plutôt que de fouiller dans les dossiers papier, de rechercher; ça je pense que c'est une bonne chose. Et puis les compte-rendus informatiques ça permet d'avoir sous les yeux aussitôt quelque chose de clair des spécialistes ou des hospitalisations. Ça tire pas le problème du délai du courrier entre l'hospit et ce qu'on va recevoir mais on a tout sous les yeux. Et puis... ça permet que les choses soient un peu plus carrées je pense. Voilà.

BC : je vous remercie pour cet entretien.

## Médecin 6

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M6 : Euh... moi c'est le Docteur (nom), je me suis installée il y a cinq mois, exercice libéral. Euh... voilà. Une création de patientèle, donc c'est que des patients qui arrivent dans la région, ou qui sont issus d'autres médecins généralistes qui sont partis à la retraite qu'ont pas été remplacés. Donc voilà, c'est tout nouveau. Par contre j'ai peu de visites à domicile du coup; j'ai une patientèle plutôt jeune, ou alors qui habite assez loin et du coup hors secteur.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?

M6 : Moyennement (rire). Chez moi par exemple j'ai pas de connexion internet parce qu'on n'est pas raccordé pour des raisons techniques, mais ça nous manque pas spécialement, et en ce moment je n'ai même plus d'ordinateur personnel (rire) parce qu'il est tombé en panne et que pour l'instant on n'a pas renouvelé. Donc un usage très limité ! Quand même un téléphone portable avec internet, ce qui permet de palier au manque lié à l'ordinateur usuel, donc oui, ce qu'il y a à faire on le fait avec le smartphone.

BC : Donc dans le cadre de votre exercice, quelques visites à domicile?

M6 : quelques...! là actuellement il me reste deux patients en visite à domicile, puisque j'avais deux autres patients mais qui sont décédés dans l'intervalle, donc ça fait une par mois en moyenne, c'est tout, pour l'instant.

BC : Et combien de temps passez-vous chez le patient ?

M6 : vingt minutes, en moyenne, je pense.

BC : Utilisez-vous un support pour rédiger votre observation au domicile ?

M6 : Plus maintenant. Du coup moi j'en ai peu, donc si j'en fais une, les grands jours deux dans la journée, je reviens au cabinet et je rentre l'observation dans le logiciel. Avant quand j'étais remplaçante, si j'en faisais plusieurs, oui je notais ; déjà les patients on les connaît moins bien je trouve quand on est remplaçant, donc je notais à la main sur une feuille que je laissais dans le dossier papier pour me rappeler et être sûre de retenir l'observation.

BC : Du coup pas de patients en HAD ou pris en charge par le SSIAD ?

M6 : euh... HAD non, SSIAD si mais c'est des patients qui ont ce genre de prise en charge à domicile mais qui viennent au cabinet en consultation, soit parce qu'ils ont un conjoint ou de la famille qui peut les amener à la consultation. Mais avec le SSIAD on a peu de contacts.

BC : Vous arrive-t-il d'utiliser un outil informatique lors de vos visites ?

M6 : Non ; Rien du tout ; de toute manière ça capte pas au domicile, souvent.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M6 : Très bien! Ça permet de... alors pour l'instant l'utilisation est... pour ma part... limitée, enfin les patients créent souvent à la pharmacie quand ils vont chercher leurs médicaments, ou les mamans

quand elles sortent de la maternité on les crée à la mater, euh... mais autrement je trouve que c'est très bien pour... Par exemple le patient qui va aux urgences, qui est pas du tout connu de l'établissement, d'avoir un minimum de données c'est... plus sécurisant déjà, et pour le docteur qui reçoit le patient, c'est beaucoup « plus facile », parce que les patients connaissent pas forcément leurs pathologies, ni leurs traitements ; au moins si on a un outil commun avec un minimum de données sur l'état de santé du patient c'est une très bonne chose oui. On essaie de se forcer à le remplir, de trouver un temps dans la consultation pour faire ça ; c'est toujours le manque de temps je pense.

BC : Pensez-vous donc que c'est un bon outil pour améliorer la communication Ville/Hôpital ?

M6 : Oh ben oui, oui, si chacun de nous joue le jeu ; nous de notre côté, l'hôpital de son côté, voilà... le patient s'il sort de l'hôpital, on n'a pas forcément le compte-rendu d'hospitalisation mais si il y a moyen d'insérer quelques données de sortie dans le DMP, nous on l'ouvre une fois qu'on est ici, je pense que ça fait une meilleure prise en charge pour le patient, ça évite de se faire des nœuds au cerveau, de repasser des coups de fil et de perdre du temps. Donc prendre le temps, que tout le monde prenne le temps de le faire.

BC : Que pensez-vous du développement de la télémédecine, avec l'apparition de cabines connectées en EHPAD ?

M6 : alors les cabines médicales connectées j'ai pas connaissance de ça, je connais pas. Euh... La télémédecine je pense qu'on aura pas trop le choix d'y venir du fait des déserts médicaux, le manque de docteurs. Je... (soupir) je crois que c'est un vaste sujet, compliqué, après euh... rien ne remplace l'humain mais... (soupir) honnêtement je sais pas trop encore là-dessus. Je pense qu'on n'aura pas d'autre choix que d'y venir pour certaines pathologies en tous cas, peut-être certaines spécialités aussi où il y en a pas dans le coin, ou avec des délais de consultation super longs ; mais... à voir... je sais pas.

BC : Pensez-vous que le développement de l'outil informatique peut améliorer la prise en charge des patients, à domicile notamment ?

M6 : par exemple, si on pouvait « emporter » notre logiciel-métier à domicile ? Oui sans doute ; alors c'est vrai que nous ici on travaille encore avec une part de dossier papier, bon, qui recule progressivement par rapport à l'informatique. Mais à domicile on est bien obligé d'emporter quand même un minimum de données, donc c'est vrai que si on pouvait plutôt l'avoir sur informatique que de trimbaler le dossier papier, oui, ce serait mieux. Déjà plus pratique, et si on pouvait avoir toutes les données sur un seul support plutôt que de consulter un bout sur l'ordinateur avant de partir, un bout dans le dossier papier, c'est plus source d'erreurs en plus, donc oui, ce serait une bonne chose.

BC : Pour vous quel serait l'outil informatique idéal ?

M6 : oh... ! (silence) c'est-à-dire que le DMP, si c'est extrêmement performant, au niveau euh... comment dire... vitesse, si je puis dire, une ouverture qui soit rapide sur nos machines, une alimentation qui soit facile, c'est-à-dire hop on fait glisser, ça enregistre quasiment instantanément, on reperd pas dix minutes le temps que ça mouline dans le vide etc... sur un outil, alors je sais pas moi, si c'est un PC portable ou quoi, qu'on puisse emmener à domicile, ce serait... oui, on aurait quelque chose d'universel, qu'on pourrait emmener partout, ce serait sans doute l'idéal. Après, il y a beaucoup de choses qui fonctionnent quand même sur réseau informatique, ou tout ce qui est connexion internet, etc... et dans les domiciles quand on va dans les campagnes, ben... on a des problèmes de connexion donc... ça va sans doute s'améliorer dans les années à venir, hein, mais...

il y a beaucoup d'endroit où il n'y a pas de réseau, tout court, ni déjà téléphonique, alors... pour avoir une connexion informatique on n'y est pas encore. Mais ça viendra sans doute, il y a beaucoup de progrès la-dessus.

BC : En quelques mot, pouvez-vous me dire ce que le médecin peut retirer de l'outil informatique ?

M6 : Euh... Un gain de temps. Euh... une lecture plus facile du dossier, où voilà, on clique sur un truc on a les antécédents, on clique sur un autre, on a les résultats biologiques, ça synthétise plutôt que d'éparpiller tout un tas de papiers ; euh... et puis ça prend moins de place (sourire) que d'avoir des armoires d'archives entières. Voilà.

BC : et de votre point de vue de médecin, que peut en retirer le patient ?

M6 : Qu'on soit plus performant, une meilleure efficience, de manière générale. Si on a une meilleure vision de son dossier avec l'outil informatique, on voit plus facilement euh... ben je sais pas, par exemple « est-ce que le patient diabétique, il a bien fait son contrôle trimestriel de sa prise de sang, son contrôle annuel de son analyse d'urines », ça évite de refeuilleter tout le bazar de paperasse de biologies, on a un œil avec les modules de suivi, on voit, ça a été fait à telle date, à telle date, hop, c'est bon à refaire, ça ne l'est pas, on crée des alertes pour les vaccinations, des choses comme ça. Je pense qu'on est plus performant.

BC : Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien

## Médecin 7

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M7 : (Prénom-Nom), je travaille à (ville), dans un cabinet individuel. Euh... type d'exercice, des consultations sur rendez-vous, des visites aussi, et euh... patients... patientèle très large d'âge, et à la fois rurale et urbaine, de ZUP. On est dans un quartier de ZUP effectivement. Mais j'ai aussi des patients qui viennent des communes alentours, dont aussi des agriculteurs ; enfin on a un peu de tout. Je suis installé depuis août 2006, ça fera treize ans cette année. Je dispose d'un secrétariat téléphonique basé à Caen et logiciel informatisé ; je travaille sur Almapro.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique en général ?

M7 : à l'aise... je l'utilise mais je suis pas du tout programmeur. J'utilise tout ce qui va être messagerie, euh... les... qu'est-ce que j'utilise... euh ben j'ai de la famille à Québec donc on les contacte facilement par Skype par exemple, euh... et puis sinon, tout ce qui va être informations, je lis beaucoup de journaux sur mon petit smartphone (rire), je suis abonné à des journaux comme ça, et euh... puis sinon... oui des vidéos, avec la famille on regarde ça; on n'a pas de télé alors on utilise plutôt les replay, les choses comme ça.

BC : dans le cadre de votre exercice, combien faites vous de visites en moyenne par semaine ?

M7 : Euh... visites à domicile, maxi trois quatre par jour, euh... quatre fois par semaine, donc on est à seize au maximum ; c'est vrai que j'avais plutôt tendance à être sans-doute à vingt vingt-cinq il y a une dizaine d'années. Là j'ai parfois des semaines où j'ai même pas de visites, donc ça a tendance à diminuer quand même pas mal. Mais maximum une douzaine.

BC : Combien de temps passez-vous chez le patient en moyenne ?

M7 : Chez le patient, une vingtaine de minutes. Quinze vingt minutes. Après c'est des temps de parcours que j'essaie de regrouper. Là tu viens me voir en épidémie de grippe (rire), on n'arrive pas tout le temps à regrouper.

BC : Pendant ces visites, utilisez-vous un support pour noter votre observation ?

M7 : Alors j'utilise un support que je laisse à domicile, euh... et en fait c'est un support papier. Donc là je laisse un dossier papier au domicile du patient, qui permet aussi finalement quand il y a l'intervention d'un autre médecin que moi, par exemple SOS, ou si le patient doit aller aux urgences, ça permet qu'il emmène le document. C'est un DMP rustique (rire).

BC : avez-vous rencontré des difficultés à la tenue de ce dossier ?

M7 : la principale difficulté c'est la confidentialité ; c'est-à-dire que ça reste quand même un document papier qui peut être accessible à tous, y compris à des personnes qui n'ont pas forcément besoin de le consulter, mais... là les personnes que je vois à domicile, ça reste des personnes autonomes dans le sens où elles peuvent décider de le montrer ou pas. C'est pas des personnes grabataires qui ne peuvent pas contrôler leurs papiers, surveiller, ce genre de choses. Après je leur confie et elles peuvent effectivement le montrer à des personnes qui sont pas forcément adaptées. Ça c'est le principal problème.

BC : Est-ce que vous avez des patients pris en charge de manière pluridisciplinaire ? HAD, SSIAD,..

M7 : Ca arrive; en ce moment pas, mais oui oui ça arrive régulièrement.

BC : Comment communiquez-vous avec eux ?

M7 : Avec l'HAD, sur (ville), on n'a pas tellement le choix, c'est support papier obligatoire. Avec le SSIAD... j'en n'ai pas tellement... le SSIAD, oui, si, si si, oui, excuse moi, ça fait un petit moment, oui là c'est un support papier aussi, euh... dans un classeur, même acabit que l'HAD. Avec des bonheurs plus ou moins...enfin c'est assez inégal dans le sens où finalement on n'a pas l'impression que les notes que le médecin peut laisser dans le dossier soient forcément consultées par l'équipe à la suite quoi. C'est un petit peu frustrant. Je laisse très facilement mon numéro de portable aussi ; alors il y a quelques années je trouve que j'avais une équipe, en particulier HAD, qui avait pris l'habitude de me contacter, peut-être aussi parce que j'avais plus de patients en HAD à ce moment là, c'était plus régulier, donc ils savaient qu'ils pouvaient m'appeler. Maintenant l'équipe a beaucoup beaucoup changé, et euh... même en laissant le numéro de téléphone sur la première de couverture du dossier de patient, ben on se retrouve avec des couacs dans la communication qui sont quand même un petit peu regrettables. Enfin bon... Voilà. donc là c'est support papier obligatoire.

BC : Vous arrive-t-il d'utiliser un outil informatique pendant vos visites ?

M7 : J'ai essayé. Euh... avec Almapro, il y a une version en... sur portable qui est possible, donc je me suis équipé d'une tablette. Et en fait elle est très très décevante pour le moment, donc j'attends la mise à jour (rire). Après sur des outils annexes il y a des sites que j'utilise en visite, pour... des aides à la prescription, donc ça peut être Antibioclic, ça peut être... qu'est-ce-que je peux utiliser... je devrais sortir mon téléphone mais je sais plus où je l'ai mis... il y a deux trois sites comme ça d'aide à la prescription, ça ça m'arrive, effectivement. Il y a deux trois trucs que j'utilise quand même sur mon téléphone.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M7 : Euh... ben pas grand-chose pour le moment (rire). Ça vient tout juste de se mettre en place pour nous dans le sens où euh..., sur C... (cherbourg), finalement nos correspondants euh... ben de toute façon étaient pas particulièrement équipés; en tous cas à l'hôpital, on n'avait pas l'impression qu'ils l'utilisaient; là ça commence à se mettre en place. Là je suis équipé du logiciel d'ICANOPE depuis 18 mois. J'avais fait la formation initiale, va falloir que je m'y remette, mais pour le moment je suis pas encore bien à jour là dedans.

BC : Comptez-vous le mettre en place aussi pour les patients à domicile ?

M7 : Alors pour les patients à domicile, euh... il va falloir que je... oui... enfin pour tous les patients euh... ça pourrait être utile. Euh... De même que j'utilise mesvaccins.net aussi pour qu'ils puissent avoir une trace dématérialisée. Maintenant le fait qu'il soit à domicile plutôt que vu en consultation ne change pas particulièrement les choses, enfin pas l'attitude, a priori. De toute façon j'envisage pas sur le DMP de mettre le même type de notes ou d'informations que ce que je peux laisser dans un dossier que je laisse à leur domicile en fait. Sur le DMP ce sera plutôt des antécédents et des courriers de spé, mes notes d'examen je les laisserai plutôt sur un document papier à priori à leur domicile ou alors sur mon logiciel à moi, mais pas forcément partagé. Là actuellement je complète mes notes au cabinet ; je suis contraint, de par l'ergonomie proposée par mon logiciel métier, sur tablette ou smartphone c'est pas pratique du tout, donc là actuellement oui je complète à mon retour, mais l'idée c'est que cette tablette soit un petit peu plus utile, dans les mois j'espère, années sinon qui viennent, et qu'on puisse les remplir en temps réel chez le patient.

BC : Pensez-vous que le DMP soit un bon outil pour améliorer la communication Ville-Hôpital ?

M7 : hum... (silence) hum... Faut l'espérer... ? (rire). Il faut espérer.... Je... je sais pas. Je sais pas. (silence) Ça peut permettre de gagner du temps effectivement pour des informations. Il faut que les réflexes soient là, à la fois pour alimenter, pour donner les informations, aussi pour aller chercher l'information, pour peu que... voilà. Mais est-ce que c'est un outil d'amélioration de la communication entre ville et hôpital ? euh... a priori, la communication ville-hôpital, ça reste quand même une communication entre deux professionnels, un professionnel hospitalier et un professionnel libéral, euh... que ça passe par un courrier adressé au professionnel, euh... dans un sens ou dans l'autre, me paraît plus judicieux que de passer par un tiers que représente le Dossier Médical Partagé. Euh... ça pourrait permettre quand même que pour un seul patient, l'ensemble des données puissent figurer sur un site, enfin dans un document particulier spécifique. Maintenant, c'est vrai que quand on prend conscience... en tous cas je... un courrier que je rédige à l'informatique, en intégrant l'ensemble des antécédents, le traitement aussi, chronique délivré au patient, et dans le devenir que ça a euh... par exemple à l'hôpital, enfin surtout à l'hôpital, où finalement on n'a pas l'impression que ça a été lu, euh... alors que là c'est pas un problème d'écriture, c'est un document informatique et bien torché parce que déjà pré-paramétré, ben ça laisse un peu rêveur finalement. Après, est-ce que les gens vont prendre le temps de regarder ce qu'il y a sur le DMP, ce serait souhaitable... bon... A voir. Je suis pas super super convaincu.

CB : Que pensez-vous du développement de la télémédecine, avec entre autres l'arrivée des cabines médicales connectées dans les EHPAD par exemple ?

M7 : Super... ! (rire) c'est un « super » ironique, parce que (rire)... Non, en pratique, ben d'abord il va falloir quand même de la fibre un peu partout, euh... là moi je l'ai mais je sais qu'il y a des EHPAD qui sont hors connexion à très haut débit, et euh... donc une cabine connectée, super, après faut de bon tuyaux pour que ça puisse passer, et de toute façon il faudra un médecin de l'autre côté. Donc j'en vois bien l'utilité pour des médecins qui sont effectivement sur des gros centres urbains où les temps de parcours peuvent être un peu compliqués, euh... j'imagine que les collègues de Caen, ne serait-ce que Caen qui n'est pas une grosse métropole, mais avoir à traverser le périphérique à certains moments ça peut être un tout petit peu galère donc pour eux ça peut leur permettre de gagner du temps ; ça veut quand même dire prendre rendez-vous, ça veut dire qu'il faut que le médecin soit disponible d'un côté, que le patient et son infirmier soient disponibles aussi de l'autre. Ben je suis pas persuadé, en tous cas sur Cherbourg, que ça mène à grand-chose. Euh... peut-être que je changerai d'avis, mais pour le moment, de toute façon, est-ce que le fait de m'éviter d'aller faire cinq minutes de trajet, parce que finalement ça roule, j'ai pas de difficulté de transport ici, sur les EHPAD, euh... je vois des patients dans quatre EHPAD actuellement, elles sont toutes à très très peu de distance, donc le temps d'attente que j'envisage pour que tout le monde soit prêt, en fait c'est celui que j'ai à aller sur place. Après sur une EHPAD il y a quand même pas mal de résidents donc j'imagine qu'il y aura, vu le prix de ce type de matériel, il pourra pas y avoir plusieurs médecins ensemble à ce moment là, les équipes sont pas super étendues non plus, euh... effectivement répartir sur la journée, mais en période d'épidémies comment se rendre disponible ? bon... c'est sans doute utile dans certaines circonstances quand il ya des temps de parcours un peu long en centre urbain, éventuellement dans des campagnes avec des EHPAD très très distantes d'un cabinet médical, pourquoi pas, je le conçois. Pour ma situation professionnelle, avec les temps de parcours que j'ai, je suis pas sûr que le temps de préparation du patient soit bien inférieur au temps de parcours que je peux avoir pour aller le voir.

BC : Pensez-vous que le développement des outils informatiques en général puisse améliorer la prise en charge des patients vus à domicile ?

M7 : (silence) hum hum... hum hum... c'est une drôle de question (rire). Euh... (silence) La prise en charge des patients à domicile, elle est compliquée, parce que finalement t'as pas l'ensemble de ton matériel, et t'es pas dans des conditions optimales d'examen et de prise en charge. C'est une première chose. Mais finalement, cette prise en charge, c'est pas vraiment l'outil informatique qui va t'améliorer les choses. C'est-à-dire que si tu as décidé d'avoir un dossier médical que tu laisses chez le patient, qu'il soit informatisé ou papier finalement, c'est pas très différent pour le patient. Après, euh... l'outil informatique dans la prise en charge à domicile, ça va être quoi : ça va être le DMP ? Mais en même temps, ça, faut l'alimenter, et c'est pas le fait que ce soit...oui, ça peut être utile, mais finalement un bon dossier papier, accessible pour des urgences ou des secours, ou un médecin autre que le médecin traitant, ça va être tout aussi pertinent pour la prise en charge. Après si on parle d'outils connectés, enfin d'outils ou d'éléments de diagnostic connectés, ça ça peut être intéressant ; des défibrillateurs, des sondes cardiaques, des choses comme ça, qui vont avoir une... ça peut donner de l'information. Est-ce que les patients sont mieux suivis, ou est-ce qu'il y a moins... je sais pas si il y a vraiment une preuve de bénéfice pour le patient ; c'est en tous cas une façon peut-être d'exercer un contrôle un peu plus obsessionnel sur lui, certes, il se sent plus rassuré, peut-être, mais est-ce que c'est réellement plus bénéfique pour lui, j'en sais rien.

BC : Pour vous, quel serait l'outil informatique idéal ?

M7 : (silence). Ben j'aime bien le mien (rire), mon logiciel me convient bien. La seule chose effectivement, c'est pour les visites à domicile, c'est pas... la version actuelle n'est pas euh... n'est pas très performante sur la prise en charge, enfin l'alimentation en temps réel du dossier du patient, euh... chez lui ben c'est vraiment galère à faire. Mais si on arrive, et ça fait déjà pas mal de temps sur Almapro qu'ils essaient de développer ça - alors après il y a eu d'autres soucis puisqu'il fallait qu'ils obtiennent des accréditations pour des structures de soins donc là il y a avait tout un chantier qui était prioritaire pour eux - mais dans la façon dont ce logiciel est configuré pour le cabinet, s'ils réussissent à rester dans quelque chose de directement adapté, plus utile en visites, ce serait vraiment bien. Donc il me plaît bien. Après on n'a pas tout le temps le choix pour des patients qu'on voit par exemple en maison de retraite, ben finalement on subit le choix de je sais pas trop qui d'ailleurs, euh... d'un logiciel qui peut être vraiment très très étrange. Donc... là je travaille sur TITAN sur deux EHPAD, euh... sur la troisième EHPAD je sais même pas comment il s'appelle parce que de toute façon il est incompréhensible, donc je refuse d'aller dessus et je travaille sur papier. Après ça m'a valu, sur une autre maison de retraite – leur logiciel est juste incompréhensible donc j'ai préféré continuer à faire sur papier – on m'a fait savoir que si je restais sur papier, je n'intervenais plus.... On va pas se battre... (rire) je vais pas continuer. Et puis voilà. Après c'est vrai que de devoir, en tant que médecin traitant, intervenant dans plusieurs EHPAD différents, on peut avoir affaire à plusieurs logiciels très différents, et avec des logiques complètement, enfin pas opposées mais très très variées, euh... et puis avec des ergonomies qui sont parfois... enfin je sais pas à qui fait plaisir le développement de ce logiciel mais sûrement pas à l'utilisateur. Voilà.

BC : En quelques mots, pouvez-vous me dire ce que le médecin peut retirer de l'outil informatique ?

M7 : C'est quand même une simplification, ça permet quand... ça demande du temps de travail effectivement mais de toute façon c'était sans doute plus compliqué encore à faire dans un dossier papier, et là de pouvoir faire des synthèses, de relier des problèmes de santé à des compte-rendus, de pouvoir vraiment hiérarchiser les informations, les classer, ça ça permet quand même d'être très efficace ; c'est vrai que quand je me suis installé j'ai hérité d'une base papier de patientèle d'un médecin qui avait bossé pendant vingt cinq ans, il y avait d'ailleurs auparavant dans ce bureau deux grosses étagères avec l'équivalent d'une vingtaine de cartons de bananes remplis de dossiers papiers. Ben là pour aller chercher l'information utile, c'était franchement galère. Euh... Mme G. est



venue pendant trois ans, du coup avec son expérience de secrétaire médicale, m'a trié tous les courriers, par spécialité d'organe, par ordre chronologique, et numérisé tout ça. Ce qui fait que bon, déjà j'ai un gain de place énorme, tout est sur informatique, je ne garde plus aucun papier, j'ai énormément de sauvegardes puisque j'ai trois disques durs externes, j'ai un ordinateur de secours qui est aussi à jour, et puis cette tablette qui pour le moment ne sert pas à grand-chose en visite mais (rire) c'est prêt, le jour où ils feront un truc qui est chouette je peux le faire. Donc il y a quelques précautions à prendre mais pour le coup, là, euh... pouvoir continuer, une fois que ce travail de classement a été fait, euh... ben un médecin hospitalier me passe un coup de fil pour me demander « c'était quoi la numérotation de M. tartanpion il y a trois ans ? » ben je peux retrouver très très rapidement. Dans un dossier papier c'est juste impossible quoi. Et c'est la même chose pour des antécédents, pour tout ce qui va être courriers ou compte-rendus, si on prend le temps de faire, et ça il faut y être vigilant, parce que finalement dans la pratique quotidienne on peut se faire déborder, en particulier quand on est en période hivernale avec un peu d'épidémies, où là j'ai quelques courriers à rattraper, mais ça prend jamais très très longtemps avec du bon matériel ; le scanner dont je dispose c'est un truc vraiment très efficace, on peut faire vingt cinq ou trente scanners en un seul passage recto-verso, on a des outils vraiment très efficaces. Euh... je me souviens des premières numérisations que je pouvais faire étant étudiant, il fallait poser la feuille, attendre trente secondes, la retourner... effectivement ça c'était pas gérable, mais quand en dix secondes t'as fait vingt cinq feuilles, c'est beaucoup plus facile. Et après avec un bon logiciel qui permet de faire des liens entre un antécédent médical, et après de faire des filtres sur des courriers qui sont en lien avec ce truc là, c'est extrêmement pertinent et efficace. Donc là ça peut faire gagner du temps.

BC : Et de votre point de vue de médecin, qu'est-ce que le patient peut retirer du développement de cet outil ?

M7 : Ben peut-être d'avoir un médecin qui se perd moins dans ses fiches, dans son dossier,... (rire) c'est quand même déjà pas mal. Après il y a des choses aussi qui sont simples à refaire, c'est-à-dire que quand le logiciel est bien fait, euh... un document médical de synthèse que je fais sur mon logiciel que j'ai depuis 2007, c'est un truc qui est drôlement utile. C'est-à-dire qu'avant même de pouvoir intégrer quoi que ce soit sur une carte vitale avant le DMP, depuis 2007, les patients qui quittent la région, qui partent en voyage, ou qui ont des problèmes complexes, pouvoir leur donner un document de synthèse médicale, ça permettait de leur dire, « si vous avez un pépin, que je ne suis pas disponible ou que vous êtes ailleurs, vous donnez ça au médecin que vous rencontrez » c'est quand même très efficace, ça permet de gagner du temps. Là, l'outil informatique, d'une certaine façon, ça permet ça. Mais c'est quand même le boulot du médecin derrière qui permet ça. C'est-à-dire que la possibilité est là, seulement ça demande un peu d'investissement. Mais ça c'est notre boulot.

Je voudrais ajouter que quand je me suis installé en 2006, en fait j'étais dans une association, et euh... c'est vrai que quand on est à la fac, on est formaté sur un régime d'exercice en groupe, qui peut paraître rassurant effectivement, euh... mais cet exercice en groupe il a quand même quelques inconvénients parfois. Et faut pas, finalement, avoir trop peur de l'exercice individuel, parce que finalement, les outils, en particulier informatiques, dont on dispose, font qu'on n'est pas du tout du tout isolé. C'est-à-dire que là, ne serait-ce que le secrétariat téléphonique, c'est une structure qui fonctionne très bien, je n'aurais jamais la possibilité d'avoir une telle amplitude horaire si je devais avoir quelqu'un physiquement présent au cabinet ; et puis finalement avec un outil informatique qui nous permet d'avoir des patients qui laissent des messages, à qui je peux répondre, et ça me laisse beaucoup beaucoup de souplesse. Mais beaucoup d'autres éléments au quotidien, dans la pratique, dans les échanges que je peux avoir, font que, finalement, même en étant en exercice dans un cabinet individuel, on s'inscrit dans une communauté territoriale. Et ça c'est vraiment très intéressant, et du coup ça éclaire un petit peu ce côté « exercice en groupe », enfin ça donne une autre vision de

l'exercice en groupe en fait. Je suis en solo mais je travaille au sein d'une équipe. Et pourtant je suis dans un cabinet individuel. Et ça, je pense que l'outil informatique a bien développé cette possibilité. Voilà.

BC : Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien.

## Médecin 8

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

M8 : je suis installée depuis septembre dernier ; avant j'étais collaboratrice depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Donc j'étais remplaçante professionnelle, jusqu'ici. Mais ici je travaille depuis 12 ans comme remplaçante, mais très très régulière puisque mon confrère ne travaillait qu'à mi-temps. Dans un territoire rural ouvrier on va dire, vraiment typiquement le rural ouvrier. Le cabinet est informatisé, mais pas en réseau pour l'instant, parce que le logiciel de ma collègue n'est pas très plaisant pour moi, mais bon je vais devoir m'y mettre. Mais moi je suis informatisée depuis toujours, et j'ai créé mon propre logiciel et tout et tout. Avec je peux prescrire, enregistrer les dossiers,... donc ça m'embête de payer très cher pour quelque chose que je ne vais pas utiliser de toute façon, ou très peu. Voilà. Mon logiciel ? C'est à base d'Excel, donc c'est de la programmation par VBA, c'est un langage de programmation, donc je l'emmène partout, je peux le mettre sur une clé USB, sur le cloud,... j'y ai accès de n'importe où. On a une secrétaire à mi temps, le matin, mais elle ne fait pas du tout d'informatique. Du coup tout ce qui est scan,... pour l'instant c'est nous qui faisons mais je compte bien la former, parce que ça nous aiderait.

BC : Dans le cadre privé, vous êtes donc à l'aise avec l'outil informatique.

M8 : oui, je m'en sers pour plein de choses : faire ma comptabilité, j'ai aussi créé mon logiciel de comptabilité ; enfin voilà, plein de choses. Surtout avant, les réseaux sociaux. J'ai beaucoup donné, j'étais syndiquée avant, mais je m'éloigne de tout ça, et puis on n'a plus trop le temps. (rire) J'étais au syndicat des jeunes médecins généralistes. Et puis après un peu MG France, et puis... mais bon j'ai laissé tomber tout ça. Donc avant c'était l'équivalent des réseaux sociaux, on travaillait beaucoup plus sur forums, sur les listes de discussion. Chez moi j'utilise tout, téléphone, ordinateur, tablette.

BC : Dans le cadre de votre exercice, effectuez-vous des visites à domicile?

M8 : J'en fais le moins possible car je pense que c'est d'un archaïsme ! (rire) mais j'en fais oui, on est obligé. Comme maintenant j'ai beaucoup de patients à la MAPAD un peu plus, mais sinon je dirais maximum deux trois si je compte pas la MAPAD. Parce qu'ici les gens, ils viennent ; et encore avant ils venaient en vélo, des gens de quatre vingt ans. Donc ils sont habitués à venir au maximum, ou alors ils sont apportés par leur famille,... franchement pour moi qui ai étudié les autres exercices dans les autres pays, les visites c'est vraiment un archaïsme français ! Dans les autres pays, les gens viennent, soit en taxi, soit portés, soit.... Ils font presque pas de visites. Les visites à domicile en Angleterre ça existe presque pas, en Allemagne très peu. Quand j'ai commencé mon exercice il y a vingt et quelques années, on allait même voir des enfants pour des bronchiolites à la maison ! - mes confrères hein, pas moi - je trouve ça... donc ça a beaucoup diminué, donc on peut pas se rendre compte maintenant mais avant c'était des visites pour rien du tout. J'ai travaillé dans le quatre vingt treize aussi très longtemps, là bas il y avait l'immeuble, on était en bas, on allait chez les gens, sans raison. Tout ça pour moi c'est... Alors après est apparue la visite remboursée, que si elle était justifiée médicalement – avant toutes les visites étaient remboursées – donc ça ça a un peu stoppé les vieux médecins de faire des visites à tire larigot. Pour moi ici les visites sont très peu souvent vraiment justifiées. Evidemment, un grabataire... Mais euh... même des personnes qui boitent, elles viennent, si elles sont portées par leur famille, si elles sont amenées par quelqu'un. Donc voilà, pour moi, c'est vraiment le minimum possible. Pour une grippe par exemple, je vais pas aller les voir, qu'est-ce que je peux faire pour eux ? sauf s'ils ont... j'ai une patiente fumeuse qui vient d'être hospitalisée quinze jours pour la grippe, voilà...il y avait pas à tortiller. D'un autre côté elle y est allée toute seule puisque c'est le SAMU qui est venu tellement elle était hypoxique. Donc sinon... pour une grippe je vois pas l'intérêt de me déplacer. D'abord j'aurais pas le temps physiquement. Ce matin j'ai vu vingt quatre personnes, juste dans la matinée ; je fais comment pour faire mes visites ?

C'est pas possible. Puis franchement autant quelqu'un qui est grabataire, qui me dit « aujourd'hui j'ai pas mon aide ménagère », si c'est urgent bien sûr, je fais des visites comme tout le monde ; mais ce genre de visite pour une grippe, une fièvre, même un lumbago, à part exception, je vois pas où médicalement c'est justifié. Je sais que dans les autres pays ils le font pas et les gens meurent pas pour autant. Bien sûr au téléphone je pose les questions adéquates. Et ça fonctionne ; si on est sympa au téléphone, si on n'est pas rigide... de toute façon ils savent bien nos conditions de travail. Mais même si j'avais le temps, même si je voyais vingt patients par jour, je ne ferais pas de visites de complaisance comme faisaient mes collègues avant. Moi j'ai connu, au tout début, les visites, comme ça, de complaisance où c'était pour n'importe quoi. Mais non. D'abord à l'époque ils avaient peut-être le temps, mais maintenant on n'a plus le temps. Et puis même... En France, c'est vrai qu'on est habitué, on pense que c'est normal, mais il y a que nous qui le faisons !

BC : combien de temps passez-vous en moyenne chez un patient ?

M8 : On passe longtemps en plus, c'est chez eux, c'est pas des conditions de confort pour nous. Moi j'ai mal au dos quand j'examine quelqu'un qui est bas. Mais on y passe forcément beaucoup beaucoup plus de temps qu'une consultation. En plus on est chez eux, faut discuter avec la famille, faut caresser le chien (rire), ... donc oui on y passe assez longtemps. En plus, c'est très chronophage ! Au moins vingt minutes, sans compter le trajet !

BC : Pendant vos visites, utilisez-vous un support pour noter vos observations ?

M8 : Alors je le faisais, je le fais un petit peu de temps en temps sur mon smartphone quand je dois noter, parce que comme j'ai pas de logiciel en ligne et que j'emporte pas ma tablette, ça m'arrive de noter quand je veux pas oublier quelque chose, ou de prendre des photos de l'ordonnance de la personne, quand je dois la refaire, parce que j'aime bien la refaire sur l'ordinateur, voilà. Et puis pour le Vidal, tout ça, les outils en ligne ; mais pour noter j'utilise mon petit bloc note et je remets pour pas oublier ou je me fais des alertes. Moi en plus de l'ordinateur du cabinet j'ai un ordinateur 3 en 1, qui fait tablette et ordinateur, donc celui là je l'utilise chez moi ; j'ai souvent pensé à l'emporter mais finalement pour quoi faire, puisque notre exercice le nécessite pas, pour l'instant. Moi mon rêve, c'est de prendre mon smartphone, de prendre la carte vitale, et « clic » ; en plus je sais que c'est possible techniquement. Donc « toc », on fait la carte vitale, on passe, et puis c'est bon ! Ce serait ça ! Au lieu de faire tout par électronique, envoyer directement à la pharmacie, tout ça c'est tout à fait possible, mais ça traîne. Donc là ce serait génial.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la tenue des dossiers de vos patients suivis à domicile ?

M8 : oui, oui oui, bien sûr. Ben c'est plus compliqué, on oublie des choses,... on est obligé de refaire souvent les ordonnances parce qu'on a oublié quelque chose,... donc moi je préfère faire tout, en général, je fais tout avant d'y aller, le maximum avant d'y aller, et puis après... je tire même les ordonnances quand je peux, quitte à rajouter à la main. Mais oui c'est beaucoup plus compliqué à domicile. Il y a beaucoup plus de risques de faire des bêtises, d'oublier des choses,... même si généralement c'est pas grave. On s'arrange avec le pharmacien et tout. Mais ça complique les choses.

BC : Avez-vous des patients pris en charge de manière pluri-disciplinaire à domicile ?

M8 : Oui, alors il y a l'HAD, et puis j'avais quelques patients avec le système des insuffisances cardiaques là, qui sont donc surveillés, je sais plus comment ça s'appelle ; mais ça marche très mal. Ils oublient leurs rendez-vous,...

BC : Comment communiquez-vous avec ces différentes structures ?

M8 : Par téléphone, fax, et très peu par... eux-mêmes ne nous contactent pas par MS santé ou Apicrypt quand c'est comme ça. On se téléphone. Ils ont notre téléphone privé, voilà. En général, et même quand on n'est pas en pluridisciplinarité officielle, on laisse chez les gens un petit cahier ; moi j'aime bien faire ça, ma collègue aussi, donc il ya un petit cahier de liaison, avec les aides soignantes, les infirmières, les aides ménagères. Comme ça quand on arrive on sait s'il a mangé, s'il a de la diarrhée,... et puis nous on met aussi un petit mot, mais par écrit. Les anciens outils.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M8 : alors j'en ai rentré deux trois hein ; c'est pas très ergonomique on va dire. Et puis sinon moi je me suis beaucoup battue contre au début, parce qu'au début c'était très... ça favorisait pas le médecin généraliste déjà, première chose ; la grande bataille c'était entre réseau et médecin traitant qui manageait tout. Le réseau c'était en fait... n'importe quel spécialiste pouvait intervenir sans passer par le médecin généraliste, sans lui demander son avis ; c'était ça le DMP au départ. C'était un grand fourre-tout, où chacun, soit-disant, agissait en réseau mais en fait agissait pour sa pomme. Comme les syndicats étaient beaucoup plus pour que les gens passent d'abord par le médecin traitant... donc il y avait aussi ça qui faisait que les médecins généralistes ont beaucoup freiné pour l'arrivée du DMP. C'est pour ça que ça a été retardé hein. Le lobby des médecins généralistes si on veut. Et puis aussi c'était pas sécurisé comme maintenant, c'était rudimentaire, l'ergonomie était nulle,... tout ça faisait que c'était pas utilisable pour un médecin généraliste lambda. Et puis le secret médical vis-à-vis des autres acteurs – la sécu, etc - n'était pas bien fait. Et puis ça s'est beaucoup amélioré, mais ça fait vingt ans qu'on en parle. Donc du coup quand j'étais syndiquée je suivais beaucoup les événements, et on était assez contre, notamment parce que ça shuntait pas mal le médecin généraliste, et puis que c'était pas du tout bien fait, c'était pas ergonomique, c'était très chronophage, c'était une horreur ; c'était des doublons, il y avait pas le système de pouvoir rentrer des dossiers directement, enfin voilà. Après, j'attends de voir ; je suis pas contre maintenant. Aujourd'hui c'est bateau hein. C'est comme n'importe quel site, on rentre la-dedans, c'est fouilli, il y a pleins de petits trucs, moi je trouve pas ça beau ni pratique, mais on va dire c'est faisable ; c'est faisable pour le tout venant. Mais c'est pas génial.

BC : Et comment comptez-vous gérer le DMP des patients à domicile ?

M8 : alors je pense que – on n'a pas le droit de faire ça – on prend leur carte vitale ou on la fait amener par la famille et puis voilà. parce que chez eux, la plupart des gens qu'on voit à domicile sont des personnes âgées, n'ont pas internet, ici il y a beaucoup de gens qui n'ont pas internet, donc ce n'est pas faisable chez eux. Je ne vais pas me connecter à un internet, ou qu'ils ont mais n'utilisent pas beaucoup, ou qu'ils n'ont pas. Donc après il y a l'histoire d'une tablette, on peut emmener une tablette, mais il faut pouvoir se connecter avec une carte vitale, donc il faut un lecteur, tout ça c'est pour l'instant pas adapté à la visite.

BC : Pensez-vous que le DMP est un bon outil pour améliorer la communication Ville-Hôpital ?

M8 : Oui, ça pourrait l'être, c'était le but, bien sûr. Ce qui serait génial c'est que l'hôpital mette directement les compte-rendus sur le DMP, et qu'on puisse les récupérer, plutôt que de passer par Apicrypt ou ceci, et que nous ensuite on soit obligé de faire le travail etc... mais pour l'instant c'est loin d'être ça. Les trois quatre DMP que j'ai ouvert, il y avait rien ; c'est normal d'abord c'est nous qui devons l'ouvrir avec les patients déjà, et même après... pour l'instant, pour moi, c'est juste un essai, ça marche pas pour l'instant. Faudrait que ça ait un intérêt vraiment pour nous, médecins généralistes. L'intérêt ce serait par exemple de l'utiliser comme un logiciel médical, ça ce serait bien.

Parce que là on a un logiciel médical dans lequel on est obligé de rentrer les données, plus le DMP, il n'y a pas de connexion entre le DMP et le logiciel médical ; ça n'a pas de sens ! refaire trois fois... c'est comme l'histoire du carnet de santé qu'il y avait au début. Et euh... à mon avis les médecins généralistes utiliseront le DMP quand ça leur servira de logiciel, mais pas en double, c'est hyper chronophage. Il y aurait des informations qu'il faudrait qu'on garde pour nous, forcément, mais il pourrait y avoir un lien, il pourrait y avoir une connexion, plus que juste appuyer sur un truc « ouvrir le DMP », il faudrait qu'on puisse récupérer les données qui sont sur le DMP et vis versa, directement sans qu'on soit obligé de faire copier-coller, aller chercher sur notre logiciel,... ça ce serait bien.

BC : Que pensez-vous du développement de la télémédecine en général, et plus particulièrement de l'arrivée de cabines connectées dans les EHPAD notamment ?

M8 : Alors ça ce serait bien. Il y en a certains qui proposent déjà des outils de téléconsultation, des boîtes privées, et je sais pas si vous connaissez les prix mais c'est complètement... ça vaut vraiment pas le coup. Pour dix consultations par mois, quarante cinq euros par mois. C'est quoi l'intérêt ? Il y a des boîtes privées qui commencent à proposer ça, et justement c'est par ce que c'est des privés, il font ça, leur but c'est de rentabiliser, et donc comme d'habitude ils nous prennent pour des vaches à lait. Puis, bon, imaginer les patients de quatre vingt ans, ils vont pas installer le matériel chez eux, or ce serait pour ça que ce serait intéressant, ce serait justement pour des gens qui ne peuvent pas trop se déplacer, et euh... dans la vraie vie ces gens là, du moins ici en rural – je sais pas comment c'est à Paris maintenant – ils ont pas ce qu'il faut. Mais dans un futur, à mon avis assez lointain, ce serait génial. Mais pas dans les mains de privés qui vont nous... Quand j'ai vu les prix j'ai sauté au plafond ! J'aurais été pour hein, mais c'est même pas la peine ! autant aller chez eux ; on perd moins de temps et d'argent à aller directement chez les gens et faire les choses nous-mêmes. Donc ils proposent une tablette, sûrement le matériel pour installer chez les gens, euh... il faut regarder les détails sur Buzzmédecin. Avant, comme téléconsultation, il y avait l'histoire de l'ECG, on pouvait faire un électro et puis on demande à quelqu'un qui est payé pour de les lire ; mais c'est pareil, c'est un fric fou quoi ; je sais pas si ça vaut le coup pour faire un ECG par mois... là c'est pareil, en plus c'est des locations, c'est pas à l'ECG donc... Tout ça c'est des outils supers mais personne les utilisera, à ces prix là c'est pas possible. C'est génial, on fait un ECG, on le fait interpréter par quelqu'un qui s'y connaît, parce qu'au bout d'un moment on oublie hein, les ECG, si on n'en fait pas au moins deux ou trois par jour c'est même pas la peine. Moi j'ai renoncé. Sinon les cabines médicales connectées, comme pour l'instant on n'a pas tout ça, j'en pense rien du tout. Faudra voir à l'usage ce que ça donne. C'est pas mal, ça dépend ce qu'on nous fait faire, ça dépend ce qu'on nous oblige à faire. Parce qu'il y a ça aussi, au début on nous propose, puis après on nous impose. Mais pourquoi pas, parce qu'en plus quand c'est un EHPAD comme ici, avec des filles qui sont compétentes et qui nous appellent pas pour un oui pour un non, c'est bien. On peut bien gérer les choses, ce serait très bien. Mais c'est loin, à mon avis c'est pas avant dix ou quinze ans ici.

BC : Que pensez-vous du développement de tous ces outils informatiques et de la prise en charge du patient à domicile ?

M8 : c'est très bien, si c'est pratique, si c'est pas un fric fou, et puis si concrètement on peut le faire avec les gens. Or les premières personnes concernées sont celles qui ont le moins de possibilité de le faire. Ou sinon, moi en tant qu'amoureuse de l'informatique, bien sûr que tout ça c'est mon rêve, parce qu'une fois que c'est bien fait, c'est vraiment un gain de temps extraordinaire, mais voilà, ça peut aussi être une horrible perte de temps, quand ça marche pas, quand c'est mal fait, quand c'est des doublons. Oui l'informatique et la visite bien sûr, ça tombe sous le sens si c'est bien fait.

BC : Pour vous, quel serait l'outil informatique idéal ?

M8 : Un tout en un. Un truc pas trop grand, pas trop petit, où on puisse télétransmettre en même temps, « click », comme on fait avec une carte bleue maintenant ; voilà, le tout en un. Et euh... sur Cloud bien sûr, qu'on puisse y avoir accès partout ; qu'il n'y ait pas ceci, cela, plus trente six choses, trente six matériels, et que tout soit compatible entre eux, et pas dans les mains de gens qui sont des... c'est normal hein... qui veulent gagner de l'argent sur notre dos. Je les comprends hein mais... voilà, faut que ce soit quelque chose, peut-être pas public, parce qu'il faut se méfier aussi de la main mise de la Sécu mais en tous cas quelque chose qui soit universel, qui n'ait pas besoin de sans arrêt se réadapter à notre logiciel et... voilà. C'est pour ça que le DMP ça aurait pu être pas mal, ça aurait pu nous servir d'outil, pour tout le monde. C'est pas du tout le cas parce que justement certains médecins ont rechigné contre ça, certains informaticiens, qui voulaient créer leur propre chose et la vendre. Donc il y a eu un énorme lobby contre quelque chose qui aurait été universel. Ça ça aurait été génial, quitte à ce que certains puissent personnaliser un peu l'interface. Voilà, on aurait eu tous le même truc, on aurait pu voir un patient qu'on ne connaît pas, « toc ». le DMP ça aurait été ça, d'accord. Mais je ne crois pas. Et dans les autres pays ils sont encore moins bien que nous ; aux Etats-Unis, ils écrivent encore les ordonnances sur des petits bouts de papier, ils sont très très peu informatisés, donc non, pour les autres pays c'est pas bien non plus. L'Angleterre ils ont un truc un peu public, une sorte de logiciel un peu public mais ça marche pas tellement bien, c'est pas universel... alors qu'on pourrait croire que les Etats-Unis, c'est eux qui font les ordonnances électroniques... Non du coup, là où ils font les ordonnances électroniques, je crois que c'est en Espagne ou quelque chose comme ça, et en Belgique aussi. Ça ce serait très bien, mais avec encore une fois pas des outils, euh... parce qu'il y en a qui proposent une télétransmission grâce à une tablette ; mais il faut acheter leur tablette ! donc c'est... voilà, pourquoi pas faire ça avec notre matériel ? Un QR code et puis voilà, j'ai l'ordonnance envoyée directement, j'ai la carte vitale passée, directement télétransmise,... Tout ça ça pourrait déjà être fait, mais bon... Il y a trop d'acteurs sur le marché.

BC : Pouvez-vous me dire en quelques mots ce que l'outil informatique peut apporter au médecin ?

M8 : Mmmm... Une énorme amélioration de la pratique. Pour tout, les ordonnances,... Tout pourrait être bien si ça avait été fait dans un but altruiste dès le départ et pas commercial. Mais bon, ça nous apporte énormément, c'est évident. Puis en même temps quand on aime ça on a un double effet positif, mais bon... quand on n'aime pas ça par contre, c'est une horreur, quand ça marche pas... (rire).

BC : Et de votre regard de médecin, qu'est-ce que ça peut apporter au patient ?

M8 : Déjà ils aiment bien quand les ordonnances sont informatisées, et puis pour eux, je pense que – peut-être pas pour les personnes âgées qui s'en rendent pas compte - mais pour les autres, le DMP, les jeunes ils en parlent spontanément ; euh... d'avoir internet aussi, il y a les informations médicales – l'outil informatique, internet en fait partie – pour eux c'est très bien, moi ça ne me gêne pas du tout qu'ils viennent avec un pré-diagnostic, au contraire ; et puis je pense que pour eux c'est peut-être une sécurité... peut-être pour quelqu'un qui sait ce que c'est que l'informatique, il pense que c'est mieux qu'on prescrive avec quelque chose qui est officiel plutôt que de la poudre de perlin pinpin à la main et euh... et puis évidemment pour les visites ça pourrait être bien. Mais encore faut-il qu'ils soient informatisés. Et en vrai c'est très très peu. Ici le réseau ça va à peu près, mais quand ça va pas c'est pareil. Ici on a la chance d'avoir à peu près internet qui fonctionne mais on a quand même des zones blanches. Pour le patient, peut-être qu'il s'en rend moins compte que nous, mais je pense que c'est positif aussi ; globalement ça a été très positif ; il y a moins d'erreurs, je suppose, sur les ordonnances, etc,... c'est plus lisible, il y a moins d'erreurs avec le pharmacien ; la télétransmission, ils ont plus à envoyer les feuilles ils sont contents comme tout, il y a plein de choses comme ça. C'est des petites choses mais en fin de compte globalement c'est quand même positif.

BC : Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien.



## Médecin 9

BC : Pouvez-vous vous présenter en quelques mots, vous et votre cabinet ?

M9 : Eh bien, je suis installé depuis le premier mai 1980, dans ce cabinet actuel depuis octobre 2001 ; avant j'étais en association et depuis 2001 j'exerce seul. Et c'est très bien. Médecine générale libérale exclusive. Patientèle plus urbaine, un petit peu semi, semi-urbaine parce qu'il y a quelques gens de la campagne qui viennent, mais pas... pas énorme. Enfin je vais encore un petit peu en campagne oui. Patientèle un peu âgée, parce que forcément ça suit l'âge de son médecin, puis voilà, mais il y a encore des bébés à naître, des bébés qui viennent de naître, des futures mamans, et puis aussi beaucoup de personnes âgées, bien sûr. Je suis informatisé depuis 1999, c'est mon épouse qui gère le secrétariat. Le logiciel est en réseau, mais elle n'a pratiquement pas d'accès à la partie médicale ; elle y a accès mais elle ne peut pas modifier quoi que ce soit quoi.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?

M9 : Oui. Non, à l'aise.... Ça commence à venir. Je ne fais pas de programme (rire). J'utilise internet, je fais des recherches sur internet, mais aussi beaucoup Spotify, c'est un logiciel de musique si on veut; Shazam et compagnie ; plein de choses, j'ai plusieurs logiciels, bien sûr.

BC : Dans le cadre de votre exercice, effectuez-vous des visites à domicile ?

M9 : Oui, j'en fais en moyenne deux ou trois par jour. C'était moins avant, mais au fur et à mesure que mes patients vieillissent et ben... c'est ceux là qu'on voit au domicile. C'est exclusivement les personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer. Cinq jours par semaine.

BC : Combien de temps passez-vous en moyenne chez le patient ?

M9 : Alors, chez le patient, c'est... entre vingt et trente minutes. Oui. Par contre la durée d'une visite est beaucoup plus longue parce qu'on prépare le dossier avant de partir, et puis on le met à jour au retour. Donc c'est tout de suite plus d'une demi-heure par visite. Ça c'est sûr.

BC : Donc au domicile du patient, vous n'utilisez pas de support ?

M9 : Non, au domicile non. Par contre je prépare mes dossiers, c'est-à-dire que s'il y a des examens complémentaires qui sont rentrés, je les édite, et puis je pars avec le traitement préalable, celui que j'avais prescrit à la dernière visite, et puis je le corrige éventuellement s'il y a des prescriptions nouvelles ou des suppressions, et puis rentrant je remets au propre. Voilà.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la tenue du dossier du patient à domicile ?

M9 : Ben en faisant comme ça, non. Non non, c'est bien, non ça va là. C'est... justement, c'est précis. Ça demande du temps mais c'est précis.

BC : Avez-vous des patients pris en charge de manière pluridisciplinaire (HAD, SSIAD, autre) à domicile ?

M9 : alors c'est arrivé, mais j'ai personne en HAD tout de suite. Euh... le SSIAD oui, oui bien sûr, j'ai plusieurs personnes qui sont prises en charge là bas. Il y a un cahier de liaison hein. Il y a un cahier de liaison que j'essaie de lire à chaque fois pour voir ce qui s'est passé dans l'intervalle. Oui, j'arrive à communiquer si j'ai des soucis mais bien souvent c'est dans l'autre sens que ça marche, c'est-à-dire qu'on m'appelle souvent quand il y a un petit problème.

BC : est-ce qu'il vous arrive d'utiliser des outils informatiques à domicile ?

M9 : Ben... non (rire). Ben non. Qu'est-ce qu'il y aurait comme outils informatiques.... Alors, si, j'ai quand même ma banque de données médicamenteuses sur le téléphone... et puis quelques numéros de téléphone ; mais c'est tout. Si si, ça j'ai, bien sûr, oh ben oui.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M9 : (soupir) Pour l'instant euh... j'attends que... j'ai reçu la visite, récemment, d'une déléguée de la CPAM, qui m'a dit que, pour l'instant, il ne fallait pas ouvrir de dossiers DMP, que ces dossiers seraient ouverts par les pharmaciens, mais qu'elle viendrait après sa propre formation nous former pour le DMP. Voilà, c'est la teneur que j'en ai. Je fais partie d'un petit groupe qualité, et une de nos consœurs nous a appris qu'elle, elle ouvrait elle-même les DMP de façon à y mettre les derniers éléments d'un dossier important. Moi je l'ai pas encore fait. Je l'ai pas encore fait parce que je sais que c'est tout prochainement qu'on va recevoir la visite du délégué de la CPAM, qui va nous former ; qui va nous dire exactement comment faire. Autrement mon truc, il est prêt! A priori, je pense que c'est... j'ai du mal, moi-même, à faire un dossier suffisamment concis pour être... pour être précis. Avec mes propres données. Si chacun, dans le dossier d'un patient, y ajoute son grain de sel, ça risque d'être encore plus... mais bon. Je crois que c'est important, dans le principe c'est important d'y mettre les choses euh... importantes qui peuvent être utiles pour le cas où le patient est hospitalisé, ou voit un médecin qui ne le connaît pas, etc... mais faut pas y mettre n'importe quoi. Faut pas y mettre tout, tout le dossier, l'intégralité du dossier, je crois que c'est pas ça. Mais c'est le risque.

BC : Et comment envisagez-vous de faire pour vos patients à domicile ?

M9 : Ben oui, mais comme j'ai pas de support, je pense que ce sera difficile. Ce sera difficile. Enfin, mais bon, avant d'être à domicile, ils sont ici, donc il y a des éléments importants quand même. Mais je sais pas comment je ferai, j'avoue que je me suis pas posé la question, comment on peut faire à domicile. Faut partir en visite avec son portable à ce moment là ;(silence) parce que ben oui, si on veut intégrer les choses euh... alors s'il faut avoir... ma sacoche qui pèse huit kilos. Huit kilos, elle pèse, ma sacoche, hein... et puis le portable, et puis le lecteur de carte vitale, et puis... (rire) faut prendre une camionnette hein ! si on a une camionnette, peut-être que les visites seront mieux rémunérées... c'est pareil, j'ai toutes les feuilles de soins, en général je les envoie moi-même. Je les édite avant de partir, les patients les signent et puis je les envoie.

BC : Pensez-vous que le DMP soit un bon outil pour la communication Ville-Hôpital ?

M9 : Oui, oui bien sûr. Oui mais encore que moi je préfère avoir mes courriers d'hôpital que je relève tous les jours, dont je prends connaissance tous les jours, plutôt qu'on me les mette d'autorité dans le dossier et que je n'en connaisse l'existence que le jour où j'ouvrirai le dossier ; ça j'aime pas ça. Je préfère être au courant au fur et à mesure.

BC : Que pensez-vous du développement de la télémédecine en général, et en particulier l'apparition de cabines médicales connectées dans les EHPAD ?

M9 : Alors la télémédecine c'est les consultations par télé.... ?! je pense que ça répondrait à un besoin, ou une carence, en médecins ; je pense que c'est risqué. C'est très risqué parce qu'on ne peut bien appréhender une situation que lorsqu'on est vraiment, à mon avis, en face à face, pas par l'intermédiaire de l'outil. J'ai toujours un exemple: euh... avant mon installation j'ai fait mon service

militaire chez les pompiers à Lisieux. A l'époque il n'y avait pas encore les SMUR, ça n'existait pas. On faisait des campagnes de secours routier. Et je me souviendrai toute ma vie d'un monsieur, qui est venu à la caserne, très gentiment, avec ses pieds, nous dire « est-ce que vous pourriez passer à la maison, parce que j'ai ma belle-fille qui vient de faire un malaise. Oh c'est sûrement pas bien grave, parce qu'elle est enceinte ». Eh ben c'était... elle était enceinte, effectivement, mais c'était une grossesse extra-utérine. Et si on n'est pas en face, là, on risque de passer à côté quand même, et ça c'est vachement grave. Et c'est un exemple parce que c'est celui que j'ai vécu, mais il y en a sûrement d'autres où il faut... On peut pas tout appréhender sur un écran et... c'est mon opinion. Mais ça répond à une demande, vu qu'il y a une carence en médecins; mais je me vois pas faire tirer la langue à un patient, là (montre son écran), pour voir si... (rire). Et les cabines connectées, hum.... (silence) Non. (silence) Bien souvent les infirmières des EHPAD nous appellent, quand il y a un problème ; et c'est aussi bien à mon avis, que... Non, non non. En plus les gens en EHPAD, ils ont besoin de contact, c'est pas... vous les voyez, devant un écran, un petit papy, plus ou moins Alzheimer ? Non, non non non. C'est mon opinion, je sais pas ce que vous recueillez comme autres opinions... tout est dans la nature hein. (rire) Et puis, je crois que c'est pas le truc à faire parce qu'après ce sera beaucoup plus facile de déranger, effectivement, les médecins à domicile, par télé-médecine (rire). Non non. C'est pareil, moi je ne donne pas mon adresse mail à mes patients, il faut que ce soit séparé. Sinon c'est la porte ouverte à l'esclavage.

BC : Que pensez-vous du développement des outils informatiques en général dans la prise en charge des patients à domicile ?

M9 : en outil connecté moi j'ai rien, j'ai rien du tout. Les outils informatiques, ce que j'utilise, ma banque de données médicales, mes numéros de téléphone et puis aussi bien sûr j'ai quelques données médicales : j'ai « preuves et pratiques », j'ai d'autres choses, j'ai quelques... des ABAC et des machins, ça ça peut être utile oui. Mais c'est tout. Je pense que ça peut être utile mais les développer, je sais pas comment les développer autrement. Sans doute que ce sera très bien pour l'avenir, mais moi, à mon âge, (rire) j'ai pas envie de changer. J'en changerai pas. Si j'ai encore trois années à faire euh... je vais pas changer pour.... Surtout que je pense que mon organisation, elle est pas mal, et... Non non. Dans l'avenir, sûrement que ce sera un outil de communication très très bien, à condition que le secret médical soit respecté quoi. Que ce soient vraiment des réseaux sécurisés. Le DMP, il sera sécurisé, sans doute ; il est sans doute sécurisé, mais... mais... on sait pas comment il est sécurisé !

BC : Quel serait pour vous l'outil informatique idéal ? Pour votre pratique ?

M9 : (rire) le malade il met son doigt là, et il y a l'ordonnance qui sort là. Non mais ça c'est même pas du rêve, c'est de la bêtise. Non, je crois que... on n'est pas des robots ; et l'informatique, il risque de nous robotiser s'il se développe de trop. Il faut qu'on garde... On dit que la médecine c'est un art, hein, finalement. Ben un art c'est pas quelque chose... de toc toc toc, comme ça, hein. Je pense que... Le même patient vu par deux médecins aura peut-être deux ordonnances différentes à la sortie. Donc l'outil, euh... l'écueil de l'informatique c'est de nous transformer en robots quoi. Par contre moi je m'en sers beaucoup, j'ai une banque de données personnelle quoi ; je lis pas mal de choses, et à chaque fois que je lis quelque chose qui m'intéresse, je le mets dans ma banque de données, comme ça je le retrouve instantanément, ça, ça c'est vachement bien.

BC : Pouvez-vous me dire en quelques mots ce que l'outil informatique peut apporter au médecin ?

M9 : Ah ben, de l'ordre, de l'ordre dans nos dossiers ! C'est la première chose, hein. Euh... un accès facile aux données médicales, qu'elles soient personnelles ou directement sur des sites médicaux,

sur internet. Ça c'est... les deux plus, pour le médecin. La simplicité aussi ; normalement, si ça marche bien ça devrait être un gain de temps. C'est pas toujours un gain de temps... voilà...

BC : et de votre point de vue de médecin, que peut en retirer le patient ?

M9 : Ben... (silence) de l'outil informatique en général... Concernant ses dossiers, avec le DMP, bon ben... Il pourra en retirer sûrement euh... une meilleure prise en charge par les médecins qu'il pourra rencontrer, hein, plutôt que d'être sans rien, une meilleure prise en charge. Maintenant le risque aussi de... de l'informatique, et de l'accès aux données scientifiques, ben c'est qu'on... c'est qu'on critique de façon négative nos prescriptions, c'est possible ça ; faut qu'on s'en méfie. Faut se méfier parce que les gens, ils vont... Ils peuvent très bien dire «eh vous avez fait ça, c'est pas ça qu'il fallait faire ». Donc c'est comme tout hein, il y a des avantages et des inconvénients. Alors les avantages, ben je vous dis, c'est l'ordre, l'efficacité, l'accès aux données. Moi je suis très content d'avoir franchi le pas hein, euh... je pense que ça donne quand même beaucoup plus de précision à notre exercice. Oui. Mais il faut pas que ça dépasse un certain... pour ne pas devenir un... quelque chose qui gêne, ou qui dévalorise aussi notre profession, parce que bientôt les patients ils sauront mieux que nous ce qu'il faut faire quoi. Hein...

BC : Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien.

## Médecin 10

BC : bonjour, pouvez-vous vous présenter en quelques mots, vous et votre cabinet ?

M10 : Je suis médecin généraliste dans un cabinet de six médecins, euh... je suis installé depuis trente ans. Mon cabinet est informatisé, j'utilise Mon Logiciel Médical ; on a tous le même. On dispose d'un secrétariat informatisé aussi. Le territoire est T.... (ville) plus disons huit dix kilomètres autour à peu près. Plutôt en direction de la campagne. C'est je dirais quatre cinquième d'urbain et puis sinon de la campagne. Le prochain cabinet est à une douzaine de kilomètres, et puis ils sont assez débordés là-bas aussi, donc on va pas en visite jusque là bas, mais on a beaucoup de patients qui viennent de cette région là. Du semi-rural un petit peu.

BC : Dans le cadre privé, êtes-vous à l'aise avec l'outil informatique ?

M10 : Pas spécialement... les vieux médecins... (rire). J'ai un ordinateur, mais je suis pas très à l'aise pour faire des recherches par exemple...

BC : Dans le cadre de votre exercice, combien de visites faites-vous par semaine en moyenne ?

M10 : Euh... j'en fais à peu près entre dix et quinze. Par semaine.

BC : Et combien de temps passez-vous au domicile du patient en moyenne ?

M10 : alors, les visites c'est toujours très long, c'est-à-dire chez le patient c'est au moins une demi-heure, juste chez le patient ; une bonne demi-heure.

BC : utilisez-vous un support pour noter vos observations chez le patient ?

M10 : Euh... support papier, que j'emmène. Et je retranscris sur le logiciel en rentrant mais très brièvement, parce que les patients que je suis à domicile, en gros c'est surtout un dossier papier quoi.

BC : et pour tous les examens complémentaires, les courriers,... comment faites-vous ?

M10 : Alors la biologie euh..., quand je sais que c'est un patient que je vois en visites, en fait j'écris sur le papier de la biologie « ne pas jeter », et puis la secrétaire me le range dans le dossier. Je le retranscris dans le dossier papier et après je le jette.

BC : Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la tenue du dossier d'un patient à domicile ?

M10 : Euh... dans la tenue des dossiers, non, parce qu'en fait c'est un dossier papier comme on faisait avant donc euh... Ben c'est avec les avantages et les inconvénients du papier hein; c'est-à-dire que... on retrouve pas toujours tout, euh... c'est vrai que parfois la prise de sang, la biologie qu'on avait demandée pour la fois suivante, au lieu de la faire une semaine avant, elle a été faite la veille et on l'a pas, ou... c'est des petits problèmes comme ça ; ou alors on veut regarder les anciennes biologies, on retrouve pas toujours... voilà. Mais sinon les dossiers papiers je les tiens relativement bien et ça me pose pas trop de problèmes.

BC : Si je comprends bien, juste de temps en temps pour retrouver des informations antérieures.

M10 : Voilà.

BC : Avez-vous des patients pris en charge de manière pluridisciplinaire à domicile? (différentes spécialités, l'HAD ou encore le SSIAD ?)

M10 : Euh... Oui le SSIAD j'ai quelques patients qui sont avec le SSIAD ; l'HAD.... Pour le moment j'en n'ai pas, mais j'en avais encore il y a quinze jours.

BC : Et comment communiquez-vous avec ces différentes structures ?

M10 : Euh... disons c'est souvent des petits mots laissés par les intervenants, que je trouve quand je vais en visite. Dans certains cas il peut y avoir un cahier, dans d'autres cas c'est un papier volant (rire). Qu'on ne voit pas toujours, parfois c'est des patients qui ont une maladie d'Alzheimer donc ils ont touché à tout, on retrouve rien (rire) mais dans l'ensemble ça va. Et de temps en temps par téléphone. Mais pas très très souvent.

BC : Vous arrive t-il d'utiliser des outils informatiques pendant vos visites ?

M10 : Jamais. Rien du tout.

BC : Pour quelles raisons ?

M10 : Par simplicité, parce qu'en fait je pourrais euh... retrouver le logiciel sur mon téléphone, mais je m'en suis pas occupé, ça m'a semblé un peu compliqué et puis... bon, je m'en sors comme ça. Pas non plus de lecteur de carte vitale, feuilles de soins papier. J'ai pas du tout, je m'occupe pas du tout de l'informatique en visite quoi.

BC : Que pensez-vous du nouveau DMP ?

M10 : Alors le nouveau DMP, pour moi c'est assez nouveau, donc... j'ai commencé hier, (rire) et je me suis dit que... j'ai bloqué assez vite, et je me suis dit que j'allais revoir ça ce weekend. C'était un DMP qui avait été ouvert par le pharmacien, donc je l'ai ouvert et j'ai voulu rentrer une information, euh... mais bon je galérais un petit peu, du coup la patiente était là, j'ai pas voulu y passer deux heures donc je lui ai dit que je ferai ça la fois suivante. Donc oui pour moi c'est vraiment le début. Puis on a un tutoriel sur notre logiciel, et euh... qu'arrive pas se charger, je sais pas pourquoi, donc à chaque fois c'est très très long, du coup à l'avoir en entier (rire). Sinon je pense que c'est très bien, mais bon, il faut juste prendre du temps pour le faire, et il faut faire ça bien, parce que si c'est jeté un peu n'importe comment je pense que c'est pas tellement exploitable ; mais oui, c'est bien oui. Au moins avoir la dernière ordonnance, les antécédents puis voilà. S'il y a ça c'est déjà beaucoup.

BC : Comment pensez-vous faire, pour le DMP, pour vos patients à domicile ?

M10 : Je me suis pas posé la question... Mais euh... Du coup, si j'ai bien compris, il fallait que je leur prenne leur carte vitale pour pouvoir l'ouvrir une fois sur mon logiciel, et après je peux le faire sans leur carte vitale il me semble. D'après ce que j'ai cru comprendre... en regardant le tutoriel. Donc oui pourquoi pas, ça me semble possible, d'autant plus que c'est des personnes âgées, et que c'est eux qui vont être hospitalisés le plus souvent, et... c'est intéressant oui. Et puis s'il y a des doublons c'est pas bien grave, mais il y aura certainement des manques, ou... Mais j'ai pas encore vraiment l'expérience, donc je sais pas si c'est compliqué, facile,... pour l'instant ça m'a semblé un peu compliqué mais ça l'est peut-être pas du tout.

BC : Pensez-vous que ça puisse être un bon outil pour améliorer la communication Ville – Hôpital ?

M10 : Oui, très bon outil. Ben pour qu'ils aient au moins les données, les antécédents, tout ça hein, parce que... les dernières ordonnances, c'est sûr, ça c'est intéressant aussi quoi.

BC : Que pensez-vous du développement de la télémédecine ? Et de l'apparition de cabines médicales connectées dans les EHPAD ?

M10 : Euh... la télémédecine, euh... j'en ai encore rien vu mais je pense pas que ce soit intéressant. Euh... soit on a le téléphone et on a un interlocuteur, du style une infirmière dans une maison de retraite et on se parle par le téléphone et c'est aussi bien, euh... soit sinon faut voir le patient. Ça me semble... Ça me semble pas être un progrès majeur. En plus je trouve qu'on est quand même beaucoup de médecins en France, et que ça me semble invraisemblable de pas arriver à soigner tout le monde. Qu'il y ait un médecin pour chaque patient quoi, qui soit capable d'aller le voir quoi. Et les cabines connectées, je vois pas ce que ça peut m'apporter quoi. L'infirmière téléphone, elle va donner la tension, la saturation, euh,... l'état général du patient, et puis... voilà. Non, je vois pas ce que ça peut apporter. Disons que je pense qu'il faudra quand même toujours qu'il y ait une troisième personne qui soit là, du style une infirmière, ou,... et bon... l'infirmière souvent est capable de nous dire comment ils vont.

BC : Que pensez-vous du développement de l'outil informatique dans la prise en charge du patient à domicile ?

M10 : Euh... disons que oui, si on arrive à bien manipuler l'informatique, oui, je pense que ça peut être comme au cabinet, et... (silence) Ça peut apporter tous les avantages de l'informatique hein, c'est-à-dire voir tous les antécédents, voir les examens complémentaires, ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait,... moins de pertes qu'un dossier papier.

BC : Quel serait pour vous l'outil informatique idéal ?

M10 : Ca serait un nouveau logiciel que tout le monde aurait dans toute la France, le même, et qui serait très simple, et pas avec des... des tas de possibilités, parce que c'est sûr que chaque logiciel a des possibilités innombrables que moi j'utilise absolument pas, et ça serait clair, ça serait beaucoup plus simple et moi ça me plairait beaucoup plus. Par exemple, si on regarde mon écran, si on regarde tout ce qui est marqué qui sert à rien, comme là « H trans », savoir qui a prescrit, « hors problèmes de santé », tout ça, tout ça sert à rien, donc on a un écran qui est complètement surchargé par des choses qui servent absolument à rien. Donc moi ce qu'il me faudrait c'est un logiciel très simple, facile à utiliser et puis... voilà, il n'y a pas de raison que ça n'existe pas quoi. Et je pense que, moi j'ai du mal avec un téléphone parce que c'est trop petit, mais une tablette ça serait beaucoup mieux. Disons que pour l'instant j'en ai pas encore ressenti réellement besoin, mais oui, ce serait mieux d'avoir sa tablette chez le patient, oui. Et d'avoir les informations qu'on a au cabinet, de les avoir aussi chez le patient.

BC : Qu'est-ce qui vous freine dans cette démarche?

M10 : Euh... disons plus un frein technique, euh... Même si.... il faut prendre un petit peu le temps, et puis voilà. C'est pas sorcier. D'autant plus que notre logiciel, c'est un logiciel exporté, donc c'est très facile d'avoir la même chose qu'ici hein, c'est pas compliqué. Voilà ; mais je l'ai pas encore fait parce que ça prend du temps, faut s'y intéresser,...

BC : Pouvez-vous me dire en quelques mots ce que l'outil informatique peut apporter au médecin ?

M10 : Alors, moi ce que j'aime bien déjà, c'est euh... quand les patients téléphonent, et on a quand même plein de coups de fil, euh... pouvoir reprendre ici dans mon cabinet son cas, et voir quand est-ce que je l'ai vu, pourquoi, ce que j'ai donné, etc... donc c'est quand même pratique de pas tout le temps aller dans les tiroirs rechercher les dossiers... ça c'est bien. Il n'y a pas que ça hein, c'est un exemple. Je pense que c'est quand même plus facile de retrouver ce qu'on recherche, que ce soit un courrier de spécialiste, ou un examen complémentaire, c'est quand même plus facile quand c'est rangé correctement.

BC : Et de votre regard de médecin, qu'est-ce que le patient peut retirer du développement de tous ces outils informatiques ?

M10 : Le patient... d'abord le côté négatif, je pense, c'est que ça doit l'énerver qu'on soit tout le temps à regarder notre écran quand on l'a en face de soi ; parce que moi quand je vais dans une administration, ou que j'ai quelqu'un en face de moi, et puis qu'il passe sa vie sans même me regarder, qui regarde que son écran, ça m'énerve (rire). Donc je pense que voilà, ça casse un petit peu la relation médecin-malade. Et sinon, ce qu'il peut en retirer, c'est plus notre efficacité à nous. Voilà.

BC : Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien.



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : BEROT Catherine

**TITRE DE LA THÈSE:**

Le développement des nouvelles technologies en médecine générale : utilisation, attentes et appréhensions des médecins généralistes du Cotentin dans leur pratique.

**RÉSUMÉ:**

**Introduction :** Les nouvelles technologies sont en train d'intégrer notre système de santé et vont progressivement transformer le visage de la médecine. L'heure est au développement du Dossier Médical Partagé, de la télémédecine et des outils connectés. L'objectif était de faire un état des lieux de la place de ces nouvelles technologies dans la pratique des médecins généralistes du Cotentin.

**Méthode :** Des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès d'un panel de médecins généralistes du Cotentin selon la méthode qualitative avec étude thématique.

**Résultats :** Ces médecins ont bien intégré l'outil informatique dans leur pratique, qui améliore la prise en charge de leurs patients, sauf dans le cas de la visite à domicile, situation complexe. Ils rêvent d'un outil qui simplifierait encore leur quotidien. Le DMP, accueilli plutôt favorablement, devrait permettre d'améliorer surtout la communication entre ville et hôpital. Mais sa mise en pratique reste source d'interrogations. Malgré quelques réticences, les médecins adhèrent à la télémédecine, qui semble être une réponse concrète à la désertification médicale.

**Discussion :** Les médecins ont conscience que le développement des nouvelles technologies, porté par le gouvernement, va transformer leur pratique. Des outils du futur sont déjà développés par l'Etat et des sociétés privées qui se sont engouffrées sur le marché de la télémédecine, avec un risque de consommerisation de la médecine. Mais le retard de déploiement de l'internet très haut débit freine son essor. Cette révolution numérique ne devra pas faire oublier que les fondements de la médecine de demain reposeront toujours sur le socle de la relation médecin-patient.

**MOTS-CLÉS :**

- médecine générale
- nouvelles technologies
- télémédecine
- Dossier Médical Partagé
- Visite à domicile

**TITLE OF THE THESIS :**

The development of new technologies in general medicine: use, expectations and apprehensions from doctors in the Cotentin in their everyday practice.

**ABSTRACT:**

**Introduction :** The new technologies are being implemented in our health system and are going to transform progressively the face of our medicine. At this moment in time is the development of share medical record, telemedicine and connected tools. The objective is to work out the importance of these new technologies in the everyday practice of the Cotentin doctors.

**Methods :** Semi-directed interviews took place with a panel of general practitioners from Cotentin, according to a qualitative method with thematic study.

**Results :** These doctors have integrated the informatic tool in their practice, improving the care of their patients, except in case of home visiting, a complex situation. They dream of a tool that could further simplify their daily practice. The DMP, welcomed rather favorably, should improve communication, especially between city and hospital. But its implementation remains a source of questions. Despite some reluctance, doctors adhere to the telemedicine, which seems to be a concrete response to medical desertification.

**Discussion :** Doctors are aware that the development of new technologies, carried by the government, will transform their practice. Tools of the "future" are already developed by the government and private companies that have burst onto the telemedicine market, with a risk of consumerization of medicine. However, the delay of deployment of the very broadband internet slows down its growth. This digital revolution should not make us forget that the foundations of the medicine of tomorrow will always rest on the base of the doctor-patient relationship.

**KEY WORDS:**

- general medicine
- new technologies
- telemedicine
- share medical record
- home visit