



HAL
open science

Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation : ressenti de médecins généralistes béarnais

Ainhoa Lasserre, Caroline Artiguebere

► To cite this version:

Ainhoa Lasserre, Caroline Artiguebere. Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation : ressenti de médecins généralistes béarnais. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498577

HAL Id: dumas-02498577

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498577v1>

Submitted on 4 Mar 2020

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 Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N° 157 a et b

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2019 par

Caroline ARTIGUEBERE

Née le 26 mai 1992 à Limoges

et

Ainhoa LASSERRE

Née le 5 avril 1991 à Gien

Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation :
Ressenti de médecins généralistes béarnais

Sous la direction du Docteur Pierre BIGOT

Jury

Professeur Nathalie SALLES.....Présidente
Professeur Laurent MAGOT.....Juge
Docteur François PETREGNE.....Juge
Docteur Marco ROMERO.....Juge
Docteur Pierre BIGOT.....Juge et Directeur

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N° 157 a et b

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 octobre 2019 par

Caroline ARTIGUEBERE

Née le 26 mai 1992 à Limoges

et

Ainhoa LASSERRE

Née le 5 avril 1991 à Gien

Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation :
Ressenti de médecins généralistes béarnais

Sous la direction du Docteur Pierre BIGOT

Jury

Professeur Nathalie SALLES.....Présidente
Professeur Laurent MAGOT.....Juge
Docteur François PETREGNE.....Juge
Docteur Marco ROMERO.....Juge
Docteur Pierre BIGOT.....Juge et Directeur

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie SALLES,

*Professeur universitaire et praticien hospitalier, chef du pôle de gériatrie clinique du
CHU de Bordeaux*

Merci pour votre implication dans le développement de la télémédecine en Aquitaine. Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous tenons à vous témoigner notre respect et notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Laurent MAGOT,

Professeur de Médecine Générale, médecin généraliste à Lons

Un très grand merci pour votre aide et votre disponibilité au cours de ce travail de thèse. Vos conseils nous ont été précieux. Nous tenons également à vous remercier pour votre implication auprès des internes de médecine générale, tout au long de leur cursus. Vous nous faites l'honneur d'être membre de notre jury. Nous vous exprimons notre sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur François PETREGNE,

Professeur de Médecine Générale, médecin généraliste à Gradignan

Merci d'avoir accepté d'intégrer notre jury de thèse et d'évaluer notre travail. Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

*Maître de conférences associé au département de médecine générale, médecin généraliste à
Samadet*

Merci de l'honneur que vous nous faites de participer à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

*Maître de conférences associé au département de médecine générale, médecin généraliste à
Bordeaux*

Merci d'avoir accepté d'être notre rapporteur de thèse. Nous vous remercions pour les remarques apportées à ce travail.

A Monsieur le Docteur Pierre BIGOT,

Praticien hospitalier, chef du service de court séjour gériatrique de l'hôpital d'Orthez

Merci d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Merci de votre aide et de votre soutien tout au long de ce travail de thèse. Merci infiniment de participer à notre jury.

Aux médecins qui ont participé à cette étude,

Merci de nous avoir ouvert la porte de vos cabinets. Merci pour vos témoignages et le temps que vous nous avez accordé. Nous espérons que notre travail est fidèle à vos propos.

Remerciements de Caroline ARTIGUEBERE

A Ainhoa,

Compatriote solidaire et efficace lors de ce long travail. Tu m'as bien coachée ! Tu as été efficace et perfectionniste. Merci de ton aide je ne regrette pas mon choix de binôme, merci pour ton travail.

A Pierre BIGOT,

Mon directeur de thèse, mon chef, mon ami. Pédagogue jusqu'au bout, grâce à toi j'ai découvert de quoi j'étais capable. Tu m'as fait apprécier la gériatrie (et ce n'était pas chose facile) et j'ai hâte de travailler à tes côtés.

A Cécilia MOLY,

Merci pour tout ton soutien, pour ces soirées sympas où on se raconte nos vies. Merci de me faire sentir rassurée et moins nulle ! Hâte de travailler à tes côtés ! (Merci d'avoir relu le mémoire).

A mes parents,

Vous m'avez inculqué le savoir et les valeurs qui font de moi ce que je suis aujourd'hui. Vous m'avez aidée dans les moments difficiles, au cours du cursus de médecine. Aujourd'hui j'ai réalisé mon rêve de petite fille et je vous le dois en partie, tant financièrement que moralement. Un grand merci.

Dédicace spéciale à mon papa qui a relu tout ce travail plusieurs fois !

A mon frère,

Petit frère que dire... Souvent sur la même longueur d'onde, nous partageons valeurs, idées et sens de la famille. Je suis touchée que tu te dises fier de mon parcours et que tu aies toujours été là malgré la distance (nous retiendrons quelques aventures polonaises à cet internat également).

A ma grand-mère,

Mamie, toujours un petit coup de téléphone qui fait du bien, tu as suivi toutes mes aventures, parfois complexes, depuis Feytiat !

Tu m'as toujours « tenu pouce » comme tu le dis si bien !! Merci beaucoup !

A Emeline,

Toi, ma meilleure amie, celle qu'on compte sur les doigts d'une main, qui m'a soutenue tout au long de cet internat même à distance (parfois très grande). Cela n'a pas toujours été facile mais tu as toujours été là. Un grand merci !!

A mes beaux parents,

Pour tous les déménagements, pour votre soutien, pour les relectures, pour les nombreux services rendus, pour votre aide en général et pour votre gentillesse. Je vous remercie. Je suis ravie d'avoir des beaux parents aussi gentils avec lesquels je m'entends aussi bien.

Aux gens que j'ai rencontrés, côtoyés au cours de l'internat et qui ont contribué à faire de moi la personne et le médecin que je suis aujourd'hui : Juline, Cecilia, Sébastien, Bénédicte, Jean-Marc, tous les chefs et seniors de stages.

Et enfin à Gabin,

A toi, un des piliers de ma vie. Tu as su me soutenir lorsque c'était nécessaire et me motiver lorsque le temps était venu. Grâce à toi je suis plus forte aujourd'hui. Je te remercie pour tout et j'espère te garder à mes côtés longtemps et faire avec toi de nombreux et beaux projets !
Vive Hawaii !

Remerciements d'Ainhoa LASSERRE

A Caroline,

Tu m'as apporté un sujet de thèse et tu as accepté de partager ton « bébé » avec moi. Tu as su donner le rythme à ce travail en binôme. Merci pour tout.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné les moyens de tracer ma propre voie. Merci pour votre soutien et pour les nombreux « atxik ! » que je n'ose pas compter. Merci pour l'amour que vous me portez.

A mes frères, Bastien et Bixente,

Vous me supportez depuis tant d'années. Soyez assurés de tout mon amour.

A ma famille,

Merci d'être toujours à l'écoute, même si ce que je raconte vous est souvent étranger. Vous m'avez offert de précieux moments de répit. Merci pour votre soutien et pour votre amour.

A Marc,

Merci pour ta patience, pour ton soutien et pour ton amour. Merci de m'aider à m'épanouir. Merci de me rendre heureuse.

A mes amies Claire et Anne-Sophie,

Malgré la distance et les mois sans nouvelle, vous êtes toujours là pour moi. Votre amitié m'est chère.

A mes amis Altéa, Agathe, Virginie, Clément, Solenne, Pierre, Agathe et Camille,

Notre amitié est née et s'est épanouie durant l'internat. Je suis heureuse de vous savoir à mes côtés pour la suite.

A l'Amicale des Méchants, aux membres du Terrier, aux Guys, à tous mes co-internes,

Grâce à vous, ces années d'internat resteront inoubliables.

A tous les médecins qui m'ont accueillie dans leur service ou dans leur cabinet,

Vous m'avez transmis votre savoir. Je veillerai à en faire bon usage.

Sommaire

Liste des abréviations	15
Préambule	17
I. Introduction	19
A. La télémédecine	19
1. Définition	19
2. Historique	20
3. Organisation de la télémédecine en France	21
B. La situation en EHPAD	23
C. Le projet de téléexpertise en plaies et cicatrisation de l'hôpital d'Orthez	25
1. Contexte	25
2. Mise en place du projet	25
3. Déroulement d'une prise en charge par téléexpertise.....	27
D. Evaluation de la télémédecine	28
II. Matériel et méthode	31
A. Objectif de l'étude	31
B. Population de l'étude	31
C. Méthodologie	32
D. Le guide d'entretien	32
E. Déroulement des entretiens	33
F. Retranscription et codage	34
G. Calendrier de l'étude	36
III. Résultats	37
A. Caractéristiques de la population	39

B. La téléexpertise en plaies et cicatrisation d'Orthez	43
1. Soigner par téléexpertise	43
2. Faire une demande de téléexpertise.....	45
3. Place du médecin traitant	47
4. Opinion globale	48
5. Communication autour du projet.....	49
C. Représentations de la télémédecine	51
1. Une définition imprécise	51
2. Une pratique familière.....	52
D. Intégrer la télémédecine à son activité	54
1. Utiliser la télémédecine avec les patients.....	55
2. Créer une régulation médicale à l'échelle du cabinet.....	56
3. Communiquer avec les paramédicaux.....	57
4. Communiquer avec les spécialistes.....	58
E. Soigner par télémédecine.....	62
1. Des actes incomplets	62
2. Une surcharge de travail.....	63
3. Une relation patient-soignant différente.....	64
4. Risques médico-légaux.....	66
F. Impacts en santé publique	69
1. Améliorer l'offre de soins	69
2. Faire des économies de santé	71
G. Besoins en pratique	73
1. Pallier l'absence d'examen clinique.....	73
2. Avoir un outil fiable et pratique	74
3. Adapter les correspondants à la demande	76
4. Bénéficier d'une aide financière.....	77
5. Rémunérer les actes de télémédecine	78
6. Valoriser les pratiques actuelles.....	79
H. Promouvoir la télémédecine	81

1. Des professionnels de santé mal informés.....	81
2. Sensibiliser les médecins généralistes à la télémédecine	82
I. Opinion globale.....	84
1. Des avis divergents.....	84
2. Une fatalité	84
3. Une nouvelle pratique à éprouver.....	84
4. Une solution imparfaite	85
IV. Discussion.....	87
A. Validité interne de l'étude	87
B. Discussion des résultats.....	90
1. Représentativité de la population étudiée.....	90
2. La téléexpertise en plaies et cicatrisation d'Orthez.....	90
3. La télémédecine.....	96
V. Conclusion.....	107
Bibliographie.....	109
Annexes.....	117
Annexe 1 : Liste des structures partenaires du projet de téléexpertise en plaies et cicatrisation du CHO.....	117
Annexe 2 : Formulaire détaillé de demande de téléexpertise	118
Annexe 3 : Formulaire simplifié de demande de téléexpertise.....	120
Annexe 4 : Réponse de l'équipe « plaies et cicatrisation ».....	121
Annexe 5 : Le guide d'entretien	122
Annexe 6 : Courrier aux médecins généralistes.....	125
Annexe 7 : Retranscription de l'entretien 11	126
Annexe 8 : Réponses attendues.....	143
Annexe 9 : Le serment médical	145

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHO	Centre Hospitalier d'Orthez
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GCS TSA	Groupement de Coopération Sanitaire TéléSanté Aquitaine
GIP ESEA	Groupement d'intérêt Public E-Santé En Action
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
NASA	<i>National Aeronautics and Space Administration</i>
NR	Note du retranscripteur
PAACO	Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente

Préambule

Ce travail de thèse a été réalisé en binôme.

Caroline ARTIGUEBERE a eu l'initiative de ce travail de thèse. Elle a choisi le sujet, demandé au Docteur BIGOT de diriger l'étude et élaboré une première fiche de projet de thèse.

La décision de travailler en binôme s'est imposée après un premier cours d'aide à la thèse et sur les conseils du Professeur Laurent MAGOT. En effet, la méthode utilisée dans cette étude justifiait un travail à quatre mains qui permet d'augmenter l'effectif de la population et d'améliorer la validité interne de l'étude.

Ainhoa LASSERRE a rejoint le groupe de travail après avoir mené des recherches bibliographiques sur le sujet et convaincu Caroline de son sérieux. Elle a participé à l'élaboration de la fiche de projet de thèse finale. Alors que Caroline, inscrite au diplôme universitaire de télémedecine, a apporté des connaissances sur cette nouvelle pratique médicale, Ainhoa a, quant à elle, concentré ses recherches bibliographiques sur la méthodologie de l'étude.

La réalisation et la retranscription des entretiens ont été réparties entre les deux thésardes. Elles ont toutes les deux analysé l'ensemble des données. Le travail de rédaction a été réparti à parts égales.

Les deux thésardes ont adopté une méthode de travail alliant investissement personnel et coopération efficiente, par le biais de concertations régulières, d'échanges téléphoniques et de séances de travail le weekend.

La répartition du travail est considérée comme équitable par les deux thésardes.

I. Introduction

A. La télémédecine

1. Définition

Le terme « télémédecine » est entré officiellement dans la Code de la Santé Publique en 2009 suite à la publication de l'article 78 de la Loi n°2009-879, également connue sous le nom de Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) (1).

La télémédecine est définie par l'article L-6316-1 du Code de la Santé Publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.*

Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients » (2).

Un an plus tard, le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 est venu enrichir le chapitre du Code de la Santé Publique consacré à la télémédecine (3). L'article R6316-1 décline notamment la télémédecine en cinq actes (4) :

- **La téléconsultation** « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation (...)* ».
- **La téléexpertise** « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient (...)* ».

- **La télésurveillance médicale** « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient (...)* ».
- **La téléassistance médicale** « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte* ».
- **La réponse médicale** « *qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale* » c'est-à-dire la régulation proposée par le SAMU - Centres 15.

En résumé, la télémédecine permet d'exercer la médecine en se trouvant éloigné géographiquement du patient (5).

2. Historique

On pourrait croire que la télémédecine est un procédé nouveau, innovant. Elle existe en réalité depuis de nombreuses années. Ce qui a évolué pour donner la télémédecine telle que nous la connaissons aujourd'hui, ce sont les outils utilisés pour la mettre en œuvre.

La télémédecine a déjà un siècle d'expérience.

Elle est officiellement pratiquée depuis 1920, dans le cadre du développement de la radiotélégraphie (utilisant l'alphabet Morse) et afin de fournir une assistance médicale aux bateaux. La première licence attribuée à une radio de service médical aux bateaux transatlantiques a été publiée à New-York (6).

Les premières téléconsultations ont eu lieu dans un hôpital psychiatrique du Nebraska aux Etats-Unis dans les années 60 (6).

En 1973, se tient le premier congrès international de télémédecine à Chicago.

La télémédecine continue son expansion au début des années 1980, avec le développement des liaisons satellitaires.

Citons comme exemple l'armée américaine, qui a développé des systèmes de téléassistance pour délivrer les premiers soins aux blessés sur le sol vietnamien. Des programmes de

télémédecine ont également été développés par la NASA pour les astronautes ou encore pour les stations d'étude et de recherche en Antarctique et les plateformes pétrolières (6).

Mais de nombreux projets se sont soldés par des échecs en raison d'une trop faible performance technologique et de coûts élevés.

A partir de la fin des années 1980, plusieurs programmes européens ont vu le jour. La Norvège, pionnière en télémédecine, a par exemple développé cette pratique pour répondre aux besoins de santé de ses populations les plus isolées. En France, le Conseil régional des Midi-Pyrénées a financé et développé la télémédecine sous forme de téléexpertise et de téléconsultation inter-hospitalières à partir du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse (6).

En 1999, le congrès international de télémédecine a eu lieu à Londres : le concept de « e-santé » y a été introduit. Créé par un ingénieur informaticien australien, ce terme signifie *« l'usage combiné de l'internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administrative, à la fois localement et à distance »* (6).

Dès le début des années 2000, la France décide de déployer l'e-santé avec le plan "e-santé 2000" lancé par les pouvoirs publics. Les 25 millions d'euros consacrés à ce plan n'auraient cependant pas permis d'implanter de manière pérenne la télémédecine (6), à cette époque-là en tout cas.

Cependant, la volonté de développer cette pratique médicale avec pour objectif de répondre aux besoins médicaux est toujours présente chez les politiques et dans les différents projets et propositions des gouvernements.

3. Organisation de la télémédecine en France

Après les lois de 2009 et 2010 définissant la télémédecine et ses actes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a autorisé des expérimentations de télémédecine dans des régions pilotes et ce pour une durée de quatre ans (7). Ces expérimentations ont été secondairement étendues à l'ensemble du territoire à partir de 2017 (8).

Les projets développés ont notamment concerné la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes par téléconsultation et téléexpertise, la télésurveillance des patients cardiaques chroniques, des insuffisants rénaux chroniques, des insuffisants respiratoires chroniques, des

patients diabétiques et des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.

Après cette période d'expérimentations, la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a inscrit la télémédecine dans le droit commun. L'objectif est de la développer au profit de tous les patients (9), mais en procédant par étapes.

Depuis le 15 septembre 2018, les actes de téléconsultation sont ouverts à tous les patients et sont remboursés par l'Assurance Maladie sous certaines conditions (10) :

- Le patient doit être orienté initialement par son médecin traitant (quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec lui).
- Le patient doit être connu du médecin consultant, c'est-à-dire avoir bénéficié d'au moins une consultation avec lui en présentiel dans l'année précédente.

Les exceptions à ces conditions sont les mineurs âgés de moins de 16 ans, les patients ne disposant pas de médecin traitant désigné, un délai de disponibilité du médecin traitant incompatible avec l'état de santé du patient et les accès directs spécifiques à certains spécialistes (gynécologue, ophtalmologue, stomatologue, chirurgien oral ou maxillo-facial, psychiatre, neuropsychiatre et pédiatre).

Les actes de téléconsultation sont facturés par le médecin téléconsultant avec les cotations TCG (correspondant au G/GS) ou TC (correspondant au C/CS) selon la spécialité et le secteur d'activité. Toutes les majorations sont applicables. Le taux de remboursement est le même que pour une consultation classique (10).

Si un médecin est présent auprès du patient lors de la téléconsultation, il peut facturer une consultation classique (G ou VG) en plus de la facturation réalisée par le médecin téléconsultant.

Depuis le 10 février 2019, les actes de téléexpertise sont également remboursés. Ils ne peuvent néanmoins être proposés qu'à certaines catégories de patients :

- en affection longue durée
- atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation
- résidant en zones 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
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales
- détenus (10).

L'ouverture de la téléexpertise à tous les patients sera envisagée à la fin de l'année 2020 en fonction des résultats de cette première phase de développement.

Deux niveaux de téléexpertise ont été définis. Le niveau 1 consiste à donner un avis sur une question limitée (interpréter une photographie de tympan, lire une rétinographie, étudier une spirométrie, interpréter un électrocardiogramme, étudier une lésion cutanée simple ou chronique mais d'évolution favorable,...). Le niveau 2 consiste à donner un avis sur une situation médicale complexe (suivre une pathologie cancéreuse, une plaie chronique en état d'aggravation ou une maladie inflammatoire chronique,...) (10).

Concernant le médecin expert, un acte de téléexpertise de niveau 1 est rémunéré 12 euros dans la limite de 4 actes par an par médecin pour un même patient. Un acte de téléexpertise de niveau 2 est rémunéré 20 euros dans la limite de 2 actes par an par médecin pour un même patient.

Concernant le médecin requérant, une demande de téléexpertise de niveau 1 est rémunérée 5 euros ; 10 euros lorsqu'il s'agit d'une demande de téléexpertise de niveau 2 ; dans la limite de 500 euros par an pour l'ensemble des téléexpertises demandées (10).

Selon les résultats observés, les modalités et la facturation des actes de télémédecine seront réévaluées par les autorités publiques courant 2020.

B. La situation en EHPAD

La population française est vieillissante. Au 1^{er} janvier 2018, la France comptait 67,187 millions d'habitants. La part des personnes âgées de plus de 65 ans représente 19,6% de la population et augmente chaque année. Les habitants de plus de 75 ans représentent, quant à eux, 9,3% de la population soit près d'un habitant sur dix (11).

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mené une enquête auprès des personnes vivant en établissement pour personnes âgées (enquête EHPA). Fin 2015, 728 000 personnes vivaient en établissement pour personnes âgées, soit 10% des personnes âgées de 75 ans et plus (12). Plus de 80% d'entre eux résidaient en EHPAD.

Ces chiffres sont en nette augmentation par rapport à 2011 (35 000 résidents supplémentaires). L'enquête met également en évidence que les résidents sont de plus en plus

âgés (50% ont plus de 87 ans et 5 mois) et de plus en plus dépendants (plus de 80% ont un GIR entre 1 et 4) (12).

A l'âge avancé et au niveau de dépendance de ces personnes se rajoutent souvent de nombreuses pathologies chroniques. Parmi elles, on retrouve les plaies qui représentent un véritable défi de prise en charge.

Les escarres sont les plaies chroniques les plus fréquentes avec en 2011 une prévalence de 8,8% chez les personnes âgées en EHPAD (13). Les plaies peuvent également être d'origine vasculaire, traumatique et tumorale.

Elles ont de lourdes conséquences à la fois sur la morbidité et la mortalité des résidents en EHPAD mais également sur le plan économique (soignants, matériels, consultations, hospitalisations,...) (14-16). Leur prise en charge est essentielle.

La qualité des soins cutanés apportés aux résidents des EHPAD est néanmoins limitée par plusieurs contraintes (17) :

- Une insuffisance de formation des médecins généralistes et des soignants en charge des patients
- Une faible démographie des équipes expertes en plaies et cicatrisation avec pour conséquences des délais de prise en charge importants et des hospitalisations en urgence
- La nécessité de déplacer ces patients âgés, fragiles, peu mobiles vers les centres experts

A l'heure du déploiement de la télémédecine, le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie se sont rapidement aperçus que cette nouvelle pratique médicale pouvait avoir un intérêt dans l'accès aux soins des patients en EHPAD et en particulier dans la prise en charge de leurs plaies chroniques et complexes.

Ainsi, cette dernière faisait partie des cinq thèmes prioritaires pour les expérimentations menées dans les régions pilotes (18). L'utilisation de la télémédecine dans la prise en charge des plaies chroniques existe par exemple dans le Languedoc-Roussillon et la Basse Normandie depuis novembre 2013 (19). Certains EHPAD de Gironde et de Dordogne l'expérimentent même depuis septembre 2012 (17).

Depuis, la téléconsultation et la téléexpertise se sont considérablement développées dans la prise en charge des plaies, permettant ainsi aux patients en EHPAD de bénéficier d'un avis spécialisé à distance lorsque cela est nécessaire.

C. Le projet de téléexpertise en plaies et cicatrisation de l'hôpital d'Orthez

1. Contexte

L'équipe « plaies et cicatrisation » du Centre Hospitalier d'Orthez (CHO) existe depuis 2013. Elle est composée de médecins et d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ayant le diplôme universitaire (DU) de plaies et cicatrisation. Cette équipe a été créée pour répondre au manque de structures spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de plaies chroniques et adressés par les médecins du territoire, qu'ils soient intra ou extra hospitaliers. Jusqu'alors, les centres experts de référence étaient le CHU de Bordeaux et le Centre Hospitalier (CH) de Bagatelle à Talence.

L'équipe « plaies et cicatrisation » prend en charge des plaies chroniques ou complexes, d'étiologies variées, et permet à de nombreux patients de venir en consultation au CHO et d'avoir un avis spécialisé.

Le bilan d'activité de fin 2017 a mis en évidence une augmentation du nombre de patients suivis et un allongement des délais d'obtention de rendez-vous.

Face à ce constat et à l'heure du déploiement de la télémédecine, le CHO s'est rapproché de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine pour développer la téléexpertise dans le domaine des plaies et cicatrisation. Ce projet s'inscrivait parfaitement dans la logique de développement de la télémédecine sur le plan régional et national.

2. Mise en place du projet

Respectant la législation actuelle et les axes de développement de la télémédecine promus par les autorités publiques, le projet de téléexpertise en plaies et cicatrisation du CHO ne concerne pour le moment que les patients résidant en EHPAD ou bénéficiant d'une hospitalisation à domicile (HAD).

L'étude de la file active de l'équipe « plaies et cicatrisation » du CHO a retenu 16 structures requérantes répondant aux critères du projet : 14 EHPAD et 2 services d'HAD (annexe 1).

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a apporté une aide financière et organisationnelle au CHO en missionnant le Groupement d'Intérêt Public E-Santé En Action (GIP ESEA) qui accompagne les acteurs de santé dans le développement de leur projet de télémédecine (20). Le CHO et le GIP ESEA ont donc travaillé ensemble pour implanter cette nouvelle pratique.

Le GIP ESEA a proposé aux 16 structures identifiées une convention encadrant l'utilisation de la téléexpertise en plaies et cicatrisation proposée par le CHO. La signature de cette convention par les structures est obligatoire pour pouvoir utiliser la téléexpertise.

Le GIP ESEA est également responsable du déploiement de l'outil informatique qui sert de support à la téléexpertise et de la formation des professionnels à son usage. Ses représentants sont donc intervenus au CHO mais également dans les EHPAD et HAD partenaires pour installer l'outil de téléexpertise et former les équipes expertes et requérantes.

Le logiciel utilisé pour la téléexpertise est l'outil PAACO/Globule (Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication).

Il s'agit d'une plateforme informatique créée par le Groupement de Coopération Sanitaire TéléSanté Aquitaine (GCS TSA) et qui est déployée, en collaboration avec l'ARS, pour tous les projets impliquant une coordination entre les différents acteurs de santé : dispositif d'aide au maintien/retour à domicile des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA), Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP),... (21,22).

Cette plateforme existe sous forme de logiciel à installer sur les postes de travail informatiques mais également sous forme d'application pour tablette ou smartphone. Un mode « hors connexion » existe.

PAACO/Globule permet d'échanger des données et des informations sur un patient de manière sécurisée. Ces données échangées peuvent prendre différentes formes : messages, photos, vidéos, formulaires,... Et les utilisateurs de la plateforme qui interagissent sont variés : médecin traitant, IDE, kinésithérapeutes, psychologues, médecins spécialistes, intervenants sociaux, équipes socio-éducatives,...

La plateforme PAACO/Globule est rattachée à une structure et non à une personne. C'est-à-dire que sa configuration, son contenu, la liste des patients, l'accessibilité aux différents outils... sont les mêmes pour tous les membres d'une même structure : le personnel d'une

EHPAD par exemple ou les médecins d'un même groupe médical. Ainsi, deux EHPAD distincts, selon les conventions signées, n'auront pas accès aux mêmes fonctionnalités sur la plateforme.

De plus, au sein d'une structure, chaque personne a ses identifiants personnels et des autorisations d'accès adaptées à sa profession (un médecin et un intervenant social n'auront pas accès aux mêmes informations par exemple). Seul le dossier administratif du patient est accessible à tous.

Lorsqu'une personne souhaite partager une donnée, elle doit choisir le niveau de confidentialité adapté à l'information (structure, médecins, médecins et soignants, médecins, soignants et intervenants sociaux,...).

Une fois la convention signée, un représentant du GIP ESEA est intervenu dans les EHPAD et les HAD pour y installer PAACO/Globule, former le personnel, leur remettre leurs codes personnels et adapter les autorisations d'accès.

Sur la plateforme PAACO/Globule de ces structures signataires, le GIP ESEA a mis à disposition un formulaire permettant de réaliser la demande de téléexpertise.

3. Déroulement d'une prise en charge par téléexpertise

Le projet a pour but de proposer un avis spécialisé, à distance, dans la prise en charge des plaies chroniques ou complexes des patients en EHPAD ou HAD.

Dès lors, lorsque l'indication d'un avis spécialisé pour la prise en charge d'une plaie complexe ou chronique est posée, les infirmières ou le médecin coordonnateur de la structure ont la possibilité d'adresser une demande de téléexpertise à l'équipe « plaies et cicatrisation » via la plateforme PAACO/Globule.

Dans un premier temps, il faut créer le dossier-patient en renseignant la partie administrative du dossier. Le centre expert (équipe « plaies et cicatrisation » du CHO) peut alors être recherché et ajouté en tant qu'« intervenant » dans le dossier du patient. Dès lors, une demande de téléexpertise peut lui être adressée.

Cette demande doit être constituée du formulaire complété et de deux photos. Deux types de formulaire sont mis à disposition, l'un détaillé (annexe 2) et le second simplifié (annexe 3). Ils ont été créés au niveau régional par un colloque d'experts en plaies et cicatrisation et de requérants.

Les deux photos doivent répondre à certaines normes : une des photos doit permettre d'identifier le membre atteint et la seconde doit être prise à 20 cm de la plaie.

Pour respecter la législation, une demande de téléexpertise ne peut être faite qu'après recueil du consentement du patient et avec l'accord de son médecin traitant (10).

La première expertise est toujours réalisée par le médecin expert de l'équipe « plaies et cicatrisation ». Le suivi peut ensuite être assuré par les IDE de l'équipe.

La réponse est apportée sous la forme d'un document standardisé qui contient une proposition de protocole de soins, des commentaires libres et une proposition de suivi le cas échéant (annexe 4).

Le protocole de soins est signé numériquement par le médecin ou l'IDE expert en plaies et cicatrisation et est adressé via la plateforme PAACO/Globule à la structure requérante.

Ce protocole ne vaut pas pour prescription. Une prescription médicale doit être établie par le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de la structure pour pouvoir débiter les soins.

Après ce premier échange, un suivi avec adaptation du protocole de pansements est proposé par l'équipe « plaies et cicatrisation ». Ce suivi se fait également via la plateforme PAACO/Globule. Sa qualité dépend des éléments communiqués par les soignants des structures.

D. Evaluation de la télémédecine

Les études menées sur les différents projets de télémédecine ont surtout porté sur l'accessibilité aux soins, les pratiques professionnelles (temps consacré par exemple), la qualité de la prise en charge, la satisfaction des patients et les coûts liés aux soins. Elles montrent que la télémédecine permet au patient d'avoir accès rapidement à un avis spécialisé, sans se déplacer, dans de bonnes conditions, et de bénéficier d'une bonne qualité de prise en charge (17-19,23).

Mais que pensent les médecins généralistes de ces nouvelles pratiques ? Les travaux, majoritairement universitaires, au cours desquels ils ont été interrogés utilisaient le plus

souvent des questions fermées (24-26). Leurs résultats révélaient par ailleurs que les médecins interrogés avaient rarement participé à un acte de télémédecine (24-26).

Nous pensons qu'explorer et diffuser le ressenti des médecins généralistes ayant utilisé la télémédecine aura un impact sur le développement et l'utilisation de cette nouvelle pratique médicale.

II. Matériel et méthode

A. Objectif de l'étude

Le travail de recherche mené avait pour objectif principal d'évaluer le ressenti des médecins généralistes après utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies de leur patient en EHPAD et HAD.

L'objectif secondaire était de déterminer les freins et les moteurs à l'utilisation de la télémédecine par les médecins généralistes.

B. Population de l'étude

Les participants à l'étude sont des médecins généralistes installés en libéral et exerçant dans le département des Pyrénées Atlantiques.

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre médecin généraliste.
- Etre le médecin traitant d'un patient dont les plaies avaient été prises en charge par téléexpertise par l'équipe « plaies et cicatrisation » de l'hôpital d'Orthez entre le 28 mars 2018, date de début de la téléexpertise, et le 31 décembre 2018, date de fin de sélection de la population étudiée.

Les critères d'exclusion étaient :

- Une demande d'avis spécialisé n'ayant pas été faite via le programme PAACO/Globule (courrier électronique, SMS, appel téléphonique,...).
- Une demande de téléexpertise non traitée par l'équipe « plaies et cicatrisation » quelle qu'en soit la raison.

La taille de l'échantillon dépendait du nombre d'entretiens nécessaire à l'obtention d'une saturation théorique des données.

C. Méthodologie

Pour atteindre l'objectif principal de l'étude, nous devons recueillir et analyser des données issues de la verbalisation d'expériences, de ressentis et d'opinions. Ce matériau empirique n'est pas quantifiable.

La méthode utilisée dans cette étude était qualitative par théorisation ancrée (*Grounded Theory Method*). Il s'agit d'une méthode inductive qui consiste à élaborer des théories à partir des données recueillies et non à y appliquer des théories pré-conçues.

Pour respecter cette méthode, nous avons suivi les préconisations d'un ouvrage intitulé *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter* de Christophe Lejeune, docteur en sociologie et enseignant de recherche qualitative à l'Université de Liège (27). Ce livre constitue un manuel pratique de la méthode par théorisation ancrée. Il détaille les principes du recueil de données, de l'analyse et de l'écriture des résultats.

L'étude porte sur des entretiens.

Les entretiens étaient individuels, en face à face et menés chacun par une seule d'entre nous. Ce type d'entretien permet de mettre en confiance la personne interviewée. Il offre une liberté d'expression et un long temps de parole à l'interviewé. Il permet à celui-ci d'approfondir ses idées en évitant l'influence d'autres participants à l'étude.

Les entretiens étaient semi-dirigés pour explorer certains sujets déjà relevés dans la littérature mais constitués de questions ouvertes afin d'offrir la possibilité à de nouveaux sujets d'émerger. Quelques questions socio-démographiques étaient posées à la fin de chaque entretien.

D. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien permet de définir le déroulement global de chaque entretien. Il constituait un support nous permettant de mener les entretiens de manière pertinente.

Ce guide d'entretien comportait plusieurs parties :

- Une introduction : au début de chaque entretien, nous nous présentions et nous rappelions l'objectif de l'étude. Nous précisions que l'entretien allait être enregistré et « anonymisé ». Nous recueillions le consentement oral du médecin.

- Deux questions ouvertes : elles devaient privilégier l'expression libre du médecin interviewé. Le patient ayant bénéficié de la téléexpertise n'était volontairement pas évoqué au début de l'entretien pour permettre une discussion ouverte et large sur la télémédecine.
- Une liste de sujets à aborder.
- Des outils grammaticaux d'aide à la construction de questions ouvertes et de relances.
- Un court questionnaire relevant des données socio-démographiques. Les caractéristiques demandées étaient : la tranche d'âge, le sexe, le type de structure du cabinet médical (seul ou en groupe), le secteur de travail (rural, semi-rural, urbain), le caractère informatisé du cabinet, la distance moyenne avec l'hôpital le plus proche, la distance avec l'hôpital d'Orthez, la formation en plaies et cicatrisation.

Les sujets à aborder ont été définis à partir des recherches bibliographiques menées (24-26). Il ne s'agissait pas d'anticiper le contenu des données recueillies ni de répondre à des théories pré-conçues, mais d'être capable de mener pertinemment les entretiens. Pour ne pas s'en tenir aux connaissances tirées de la littérature, nous devons rester ouvertes et être capables d'abstraction durant l'entretien puis l'analyse.

Entre chaque entretien, nous identifions les nouvelles idées et les éléments à approfondir. Le guide d'entretien était remanié en fonction pour les entretiens suivants.

Le guide d'entretien initial est disponible en annexe 5.

E. Déroulement des entretiens

Une lettre a été envoyée par voie postale aux médecins sélectionnés les informant du sujet du travail de thèse et les avertissant d'une prise de contact téléphonique ultérieure (annexe 6).

Un mois plus tard, nous les avons contactés par téléphone. Nous leur avons exposé l'objectif de l'étude et les modalités de réalisation des entretiens. Avec leur accord, nous leur avons proposé un entretien individuel en face à face, à la date et au lieu de leur convenance.

Nous avons dû contacter la plupart des médecins sélectionnés à plusieurs reprises avant d'obtenir une réponse, positive ou négative.

Tous les entretiens ont été menés par l'une d'entre nous deux, en fonction de nos disponibilités.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du participant et sous couvert d'anonymat. L'enregistrement a été réalisé sur un dictaphone à cassette et sur un dictaphone de téléphone portable de type iPhone d'Apple®.

La discussion suivait le guide d'entretien avec des questions ouvertes sur la télémédecine en général et des questions centrées sur la téléexpertise proposée par l'équipe « plaies et cicatrisation » de l'hôpital d'Orthez.

La liste de sujets à aborder du guide d'entretien était indicative et ne servait qu'à nous aider à animer l'entretien. L'objectif n'était pas d'aborder tous les sujets à chaque entretien. Le guide d'entretien restait donc évolutif pendant l'entretien : nous pouvions écarter les sujets déjà abordés ou ceux qui ne semblaient pas pertinents et au contraire ajouter de nouveaux sujets suggérés par le médecin interviewé. Le discours de l'interviewé était laissé libre et était interrompu le moins possible.

L'entretien se concluait par le recueil de données socio-démographiques.

F. Retranscription et codage

La retranscription verbatim (mot à mot) était réalisée par celle qui avait mené l'entretien, de manière intégrale et littérale sur le logiciel Word de Microsoft®. Les signes de communication non-verbaux étaient rapportés (les silences, les gestes, les soupirs,...).

Au début de chaque retranscription, les informations socio-démographiques et la durée de l'entretien étaient renseignées.

L'ensemble des retranscriptions n'a pas été intégré à ce rapport de thèse afin de ne pas en alourdir le contenu. Un entretien est disponible dans son intégralité en annexe à titre d'exemple (annexe 7).

La méthode par théorisation ancrée ou *Grounded Theory Method* a été utilisée pour l'analyse des entretiens.

L'analyse de données qualitatives est également appelée « codage ».

La première partie du codage était réalisée par chacune d'entre nous sans concertation.

Après une première lecture, nous identifions les segments de texte qui présentaient une signification spécifique (unité de sens ou étiquette). En répondant à la question « De quoi parle le médecin interviewé ? », nous procédions ensuite à l'indexation thématique des étiquettes retrouvées. Il s'agissait de regrouper les étiquettes en thèmes. Une étiquette peut appartenir à plusieurs thèmes. Les thèmes soulevés au fil du codage pouvaient correspondre à ceux abordés à partir du guide d'entretien ou à de nouveaux thèmes. Ils étaient regroupés, classés, organisés et nommés pour répondre à la question de recherche.

Une fois l'étiquetage et l'indexation thématique d'un entretien terminés, nous nous entretenions pour croiser nos analyses et élaborer une version commune. Il s'agit de la triangulation. Elle s'est faite à l'occasion d'un rendez-vous physique pour le premier entretien puis par conversation téléphonique pour les suivants.

A quelques exceptions près, chaque entretien était retranscrit, étiqueté, indexé thématiquement et triangulé avant l'enregistrement de l'entretien suivant.

Les questionnements et les éventuels nouveaux thèmes suscités par cette analyse permettaient d'identifier les éléments à approfondir et à explorer lors des prochains entretiens. Le guide d'entretien était révisé entre chaque entretien.

A trois reprises, le délai entre deux entretiens a été trop court pour permettre la retranscription et le codage de l'entretien précédent.

Le recueil de données a été arrêté après avoir obtenu une saturation théorique des données. L'analyse des 2 derniers entretiens n'a pas soulevé de nouveau thème ou sous-thème.

L'étiquetage et l'indexation thématique permettent de débrouiller les données brutes et d'identifier les thèmes permettant de répondre à la question de recherche. Mais ils sont insuffisants d'un point de vue analytique (27).

Dans un second temps, nous avons procédé à un codage ouvert qui consiste à reprendre chaque étiquette de chaque thème et à répondre à la question « Que me dit le médecin interviewé au sujet de ce thème ? ». La réponse à cette question permet d'identifier les caractéristiques ou propriétés attribuées au thème abordé. Toutes les étiquettes n'aboutissent pas à une propriété, notamment celles qui véhiculent des éléments factuels.

Un codage axial a ensuite été réalisé permettant d'assembler et d'articuler les propriétés d'un même thème entre elles.

Enfin, nous avons procédé à un codage sélectif qui consiste à évaluer la propension des propriétés à répondre à la question de recherche.

Les codages de type ouvert, axial et sélectif ont été effectués lors de séances de travail conjointes, le plus souvent par téléphone.

Le codage des données a été réalisé à l'aide du logiciel informatique NVivo de QSR International®.

G. Calendrier de l'étude

L'étude s'est déroulée sur 18 mois.

- Juin 2018 : Elaboration du sujet, constitution d'un groupe de travail avec le Directeur de thèse, le Docteur Pierre BIGOT, gériatre intervenant dans l'équipe « plaies et cicatrisation » d'Orthez, et Caroline ARTIGUEBERE.
- Septembre 2018 : Participation à un premier cours d'aide à la thèse, élaboration du sujet, précision du type d'étude.
- Décembre 2018 : Recrutement d'Ainhoa LASSERRE, recherches bibliographiques, élaboration de la fiche de thèse, participation à un deuxième cours d'aide à la thèse, sélection des médecins répondant aux critères d'inclusion.
- Janvier 2019 : Dépôt de la fiche de projet de thèse.
- Février 2019 : Validation de la fiche de projet de thèse par le DMG, élaboration de la demande à la CNIL, envoi par voie postale d'une lettre aux médecins sélectionnés.
- Mars 2019 : Validation du projet par Chantal DURAND relais de la CNIL à l'université de Bordeaux, planification des entretiens avec les médecins inclus par appel téléphonique.
- Mars – Mai 2019 : Réalisation des entretiens, retranscription intégrale, étiquetage, indexation thématique et triangulation en parallèle de chaque entretien.
- Mai – Juin 2019 : Codage ouvert, axial puis sélectif des données.
- Mai - Aout 2019 : Rédaction du présent rapport de thèse avec les résultats et l'analyse de ces derniers.
- Mercredi 30 Octobre 2019 : Soutenance de thèse.

III. Résultats

Trente-cinq dossiers de demande d'avis spécialisé à distance ont été reçus par l'équipe « plaies et cicatrisation » d'Orthez entre mars et décembre 2018.

Nous avons écarté douze dossiers car la demande d'avis spécialisé n'avait pas été faite via la plateforme PAACO/Globule.

Deux dossiers supplémentaires ont été écartés car la demande de téléexpertise n'avait pas encore été traitée en raison d'informations manquantes.

Un dernier dossier a été écarté car le médecin avait été identifié à tort comme médecin traitant du patient sur la demande de téléexpertise.

Vingt médecins généralistes ont été inclus.

Un médecin est décédé.

Quatre médecins n'ont pas souhaité participer.

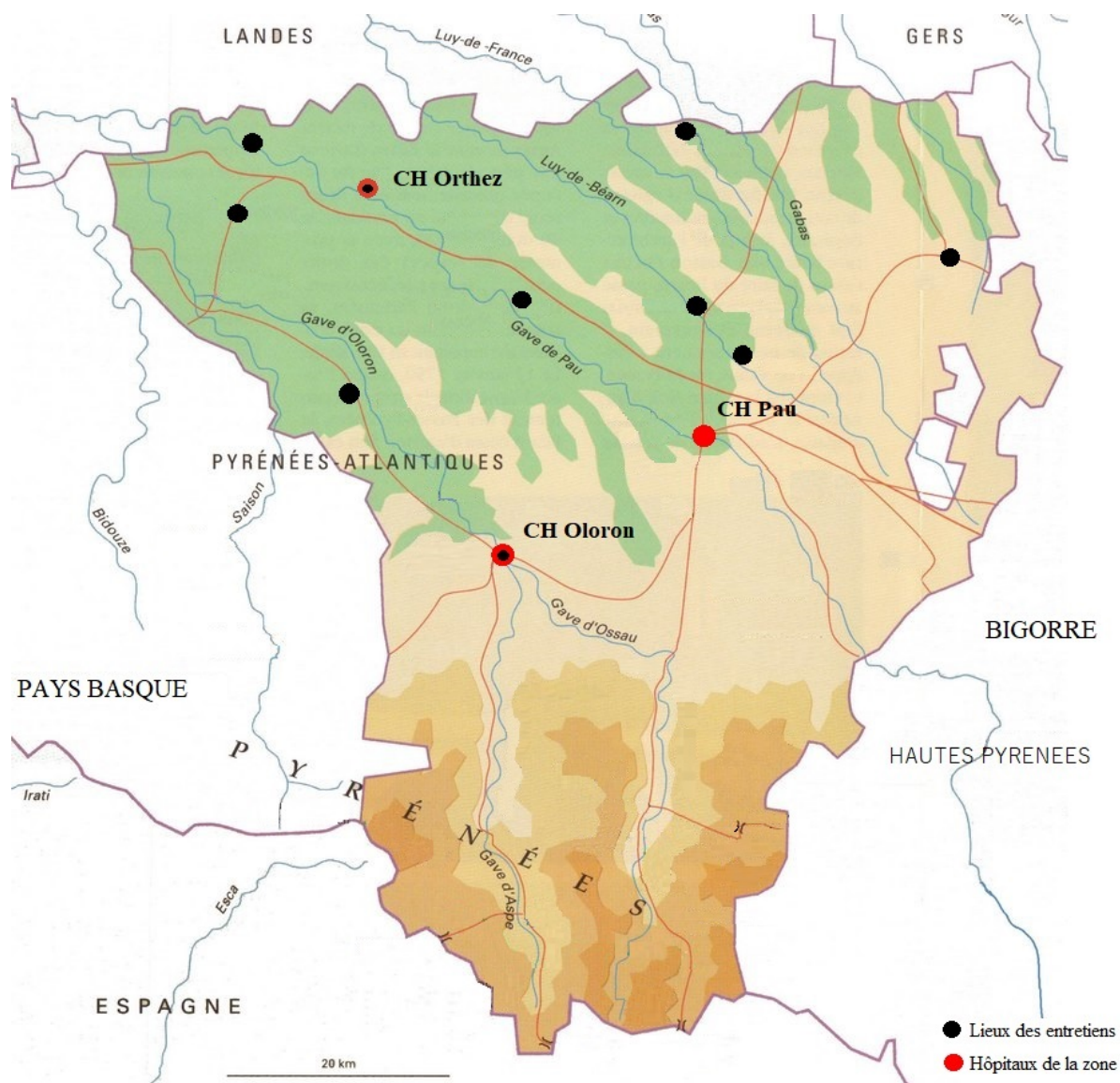
La saturation des données a été atteinte au bout de douze entretiens. Nous avons réalisé un treizième entretien afin de s'assurer une seconde fois qu'aucun nouveau thème n'émergeait.

Par ailleurs, les deux médecins restants n'ont jamais répondu à nos nombreuses sollicitations.

Sur les treize entretiens réalisés : six entretiens l'ont été par Caroline ARTIGUEBERE et sept entretiens l'ont été par Ainhoa LASSERRE.

Les entretiens ont été numérotés de E1 à E13.

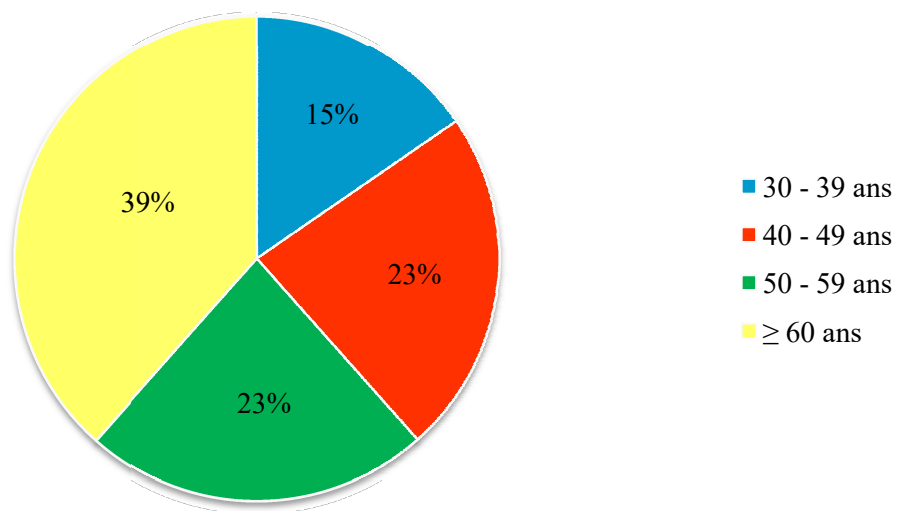
Carte 1 : Répartition géographique des entretiens



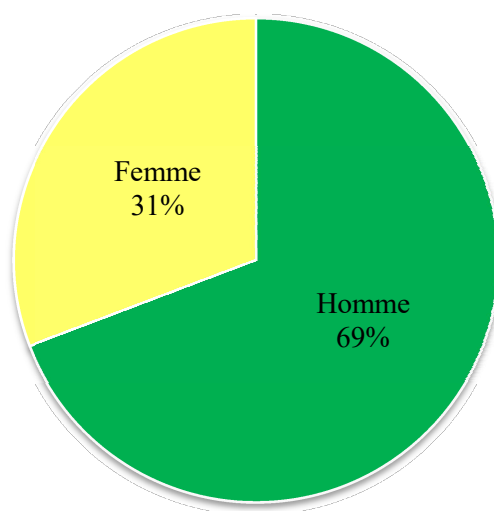
A. Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 51,5 ans [30 ; 67].

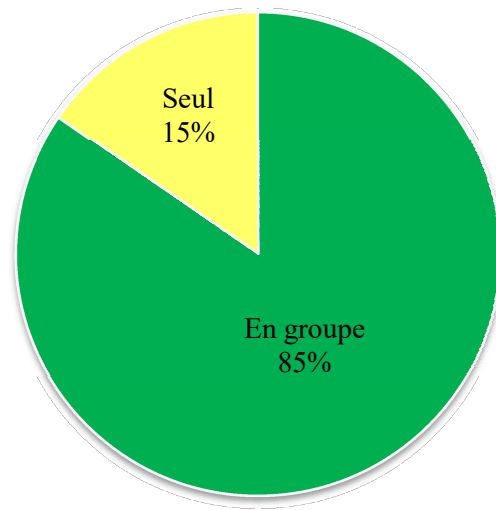
Graphique 1 : Tranches d'âges des médecins



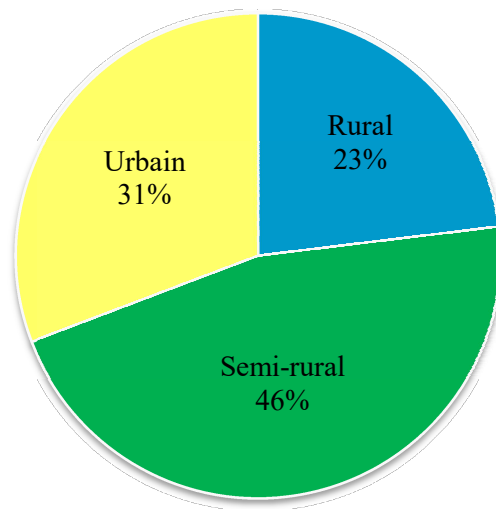
Graphique 2 : Sexe des médecins



Graphique 3 : Mode d'exercice des médecins

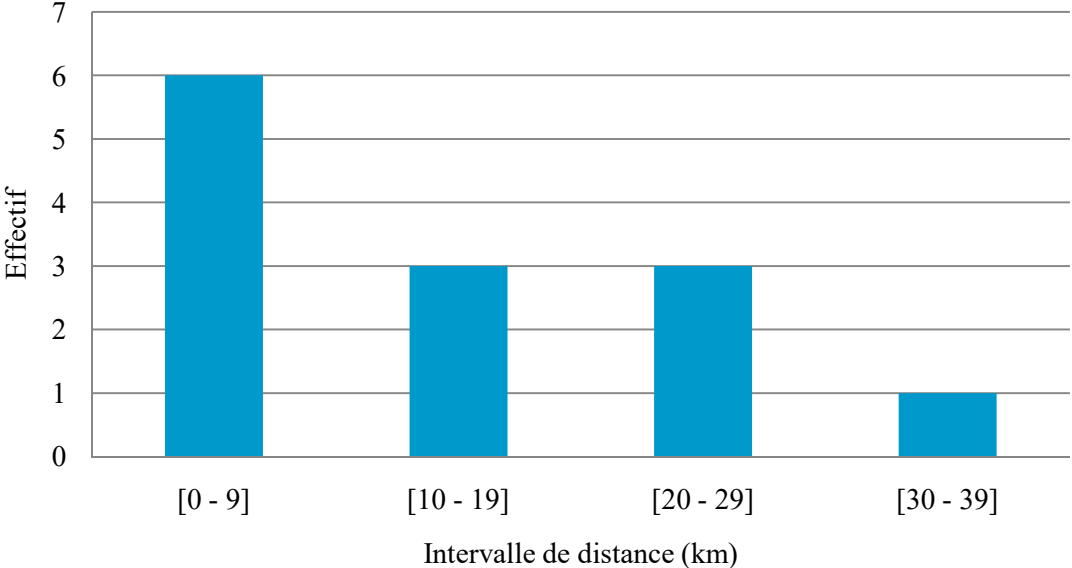


Graphique 4 : Milieu d'exercice des médecins

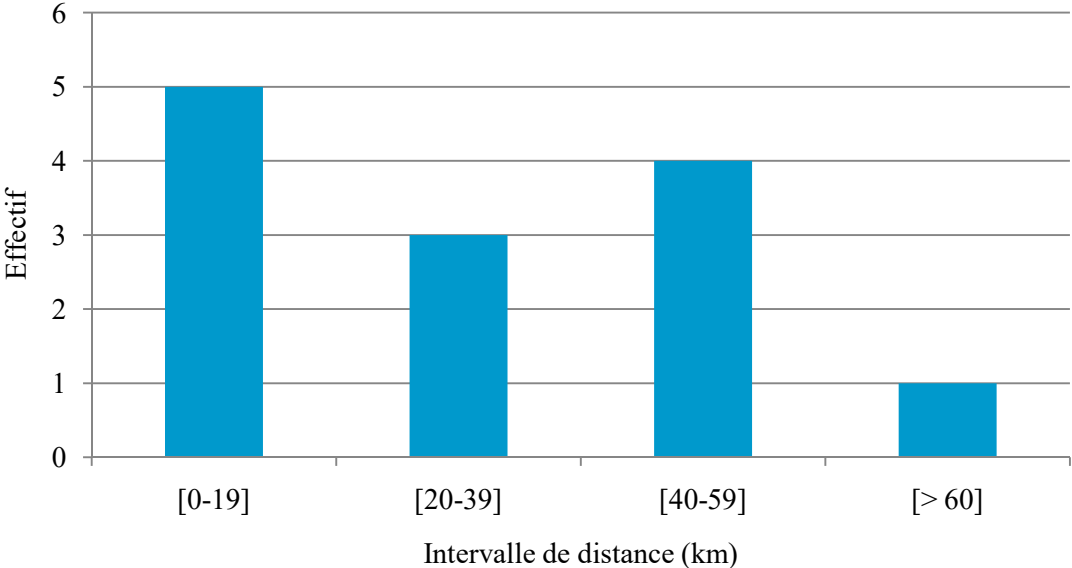


La distance moyenne du cabinet avec l'hôpital le plus proche était de 13 km [0,55 ; 32]. La distance moyenne du cabinet avec l'hôpital d'Orthez était de 29,2 km [0,55 ; 75].

Graphique 5 : Distance du CH le plus proche



Graphique 6 : Distance du CH d'Orthez

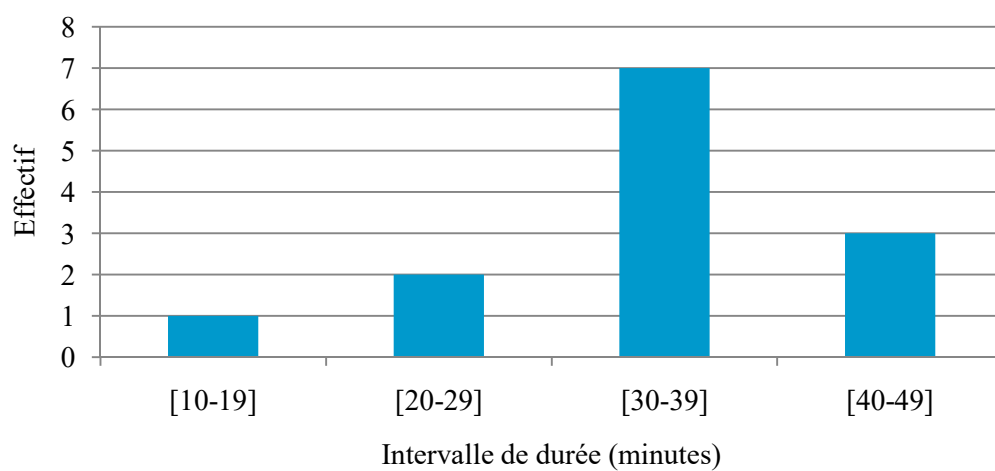


L'ensemble des cabinets étaient informatisés.

Un seul des médecins interrogés avait suivi une formation en plaies et cicatrisation de type formation médicale continue.

Les entretiens ont duré en moyenne 33 minutes et 10 secondes [15' ; 46'33''].

Graphique 7 : Durée des entretiens



B. La téléexpertise en plaies et cicatrisation d'Orthez

Notre étude a permis d'avoir un retour sur le projet de téléexpertise développé par l'hôpital d'Orthez puisqu'au moins un des patients des médecins interviewés avait bénéficié de cette nouvelle pratique.

1. Soigner par téléexpertise

« Particulièrement par rapport aux plaies, c'est le suivi dans le cadre de centres de soins comme vous possédez... le suivi en temps réel de l'évolution d'une plaie qui est très important. » (E13).

Le recueil de données a montré que les médecins ont le sentiment que la téléexpertise a permis de **bien soigner** leurs patients.

Pour eux, la téléexpertise offre une prise en charge de qualité car elle permet de :

- **Expertiser la prise en charge** : *« (...) avoir leur point de vue, par rapport aux plaies, heu... Ça me rassure, ça me donne une conduite à tenir a priori. Enfin je ne connais pas tous les référentiels au niveau des plaies. C'est justement pour ça que je fais souvent appel à eux. » (E3).*

- **Cadrer les soins** : *« (...) chaque infirmière fait sa sauce, et y a rien qui marche. Donc au bout d'un moment aller hop. Car moi je donne des consignes, c'est suivi 3 jours, l'infirmière change, y a plus de consigne. Et moi je passe très vite le relais à " plaies et cicatrisation" comme ça au moins il y a un suivi et des conduites à tenir qu'elles respectent. » (E10).*

- **Gérer la complexité** : *« Alors soit une plaie est facile et bon ben voilà je suis. Après quand c'est plus compliqué comme elle... Elle avait été opérée 2 fois en quelques jours, c'était pas jojo (fronce les sourcils). Moi je l'ai vue initialement, et c'était pas jojo, j'aurais pas su le gérer seul. » (E1).*

La téléexpertise leur permettrait également d'**améliorer leurs compétences** : « (...) on apprend toujours un petit peu des choses. Ça peut être intéressant. Sachant que moi je n'ai pas de formation spécifique par rapport aux plaies. Donc c'est intéressant pour moi. » (E12).

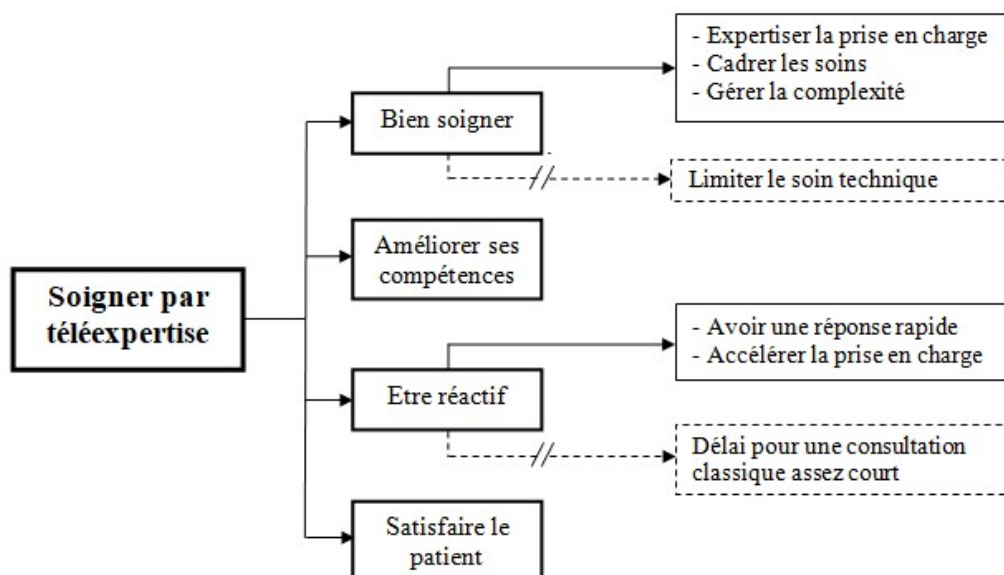
En revanche, cela semble **limiter le soin technique** qui serait réalisé en consultation classique : « La fille qui s'occupe de ça [NR : IDE de l'équipe « plaies et cicatrisation »] va peut-être aller un petit peu plus loin que les infirmières en ville qui ont parfois un peu peur d'intervenir. Il va y avoir quand même un acte médical peut-être supplémentaire quand même. Donc c'est quand même mieux. Cela ne peut pas être que de la télémédecine. » (E10).

La téléexpertise leur permettrait également d'**être réactif** en **accélérant la prise en charge** : « Le délai de prise en charge est inférieur au délai qu'aurait été celui d'une consultation plaies et cicatrisation. » (E12). Ils apprécient particulièrement d'avoir une **réponse rapide** : « L'avantage principal on va dire, c'est la rapidité. Puisque là il y a eu une réponse rapide. » (E6).

Ils estiment cependant que **le délai pour une consultation classique sur Orthez est assez court** pour permettre une prise en charge rapide : « Après heu... On a quand même des consultations assez rapides aussi. » (E6).

Selon les médecins, le patient semble également **satisfait** de la prise en charge par téléexpertise : « Elle est très contente. » (E1).

Tableau de résultats 1 : Soigner par téléexpertise



2. Faire une demande de téléexpertise

« Mais le... l'aspect... heu... l'aspect... comment dire... administratif et le fonctionnement heu... Je ne m'y suis pas du tout intéressée. Je ne me suis intéressée qu'au résultat de la consultation. Et au suivi de... au suivi de l'évolution de sa pathologie des plaies. » (E13).

PAACO/Globule

Pour les médecins interrogés, PAACO/Globule leur permet de **communiquer autour du patient**.

Ils **accèdent à différents réseaux** : « C'est une plateforme qui donne à plusieurs services. » (E8).

Ils apprécient le **partage d'informations et les échanges interdisciplinaires** : « C'est bien, c'est le partage d'informations. Hum. Par heu... Le partage d'informations par toutes les spécialités concernées. » (E8).

La plateforme leur permettrait également de **rester informés** : « Ça me permet essentiellement d'être tenu au courant on va dire. Et de recevoir les bilans gériatriques, les fins de rééducation, d'orthophonie, de radiothérapie,... toutes ces choses-là,... les informations des assistantes sociales, les choses comme ça. » (E12).

Pour certains, cela serait néanmoins **contraignant** car cela implique d'être « **connecté** » :

I : PAACO/Globule. Qui est une plateforme...

M : Ha oui je l'ai. Oui, on me l'a déjà présenté ça. On me l'a présenté. On me l'a installé.

I : Et qu'est-ce que vous en pensez ?

M : (Rires). (Soupire). Que je ne l'ai jamais utilisé.

I : Pourquoi ?

M : (Souffle). Parce que. (Blanc). Voilà. (Blanc). Parce que je ne suis pas connecté. » (E5).

Certains médecins regrettent également de **ne pas pouvoir synchroniser les données** des dossiers du logiciel du cabinet avec celles de PAACO/Globule : « C'est vrai que comme ça restait quand même quelque chose qui était dehors notre logiciel, pour mettre tous les dossiers de chaque patient et recopier tous les antécédents, tous les traitements, ... C'était très lourd à faire. » (E9).

A noter que certains médecins ne connaissaient pas du tout l'existence de la plateforme de télécommunication de l'ARS :

« I : Si je vous dis PAACO/Globule, cela ne vous parle pas du tout ? »

M : Heu... (Rires) Non. C'est quoi ce charabia ? » (E4).

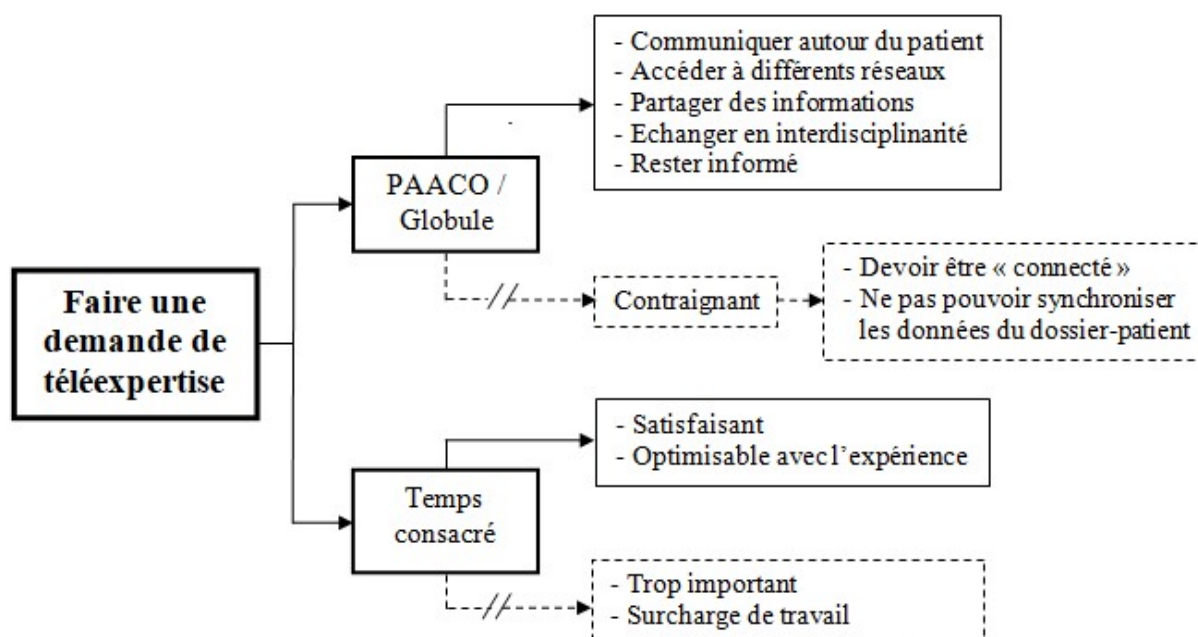
Temps consacré

Parmi les médecins ayant participé à la demande de téléexpertise, plusieurs avis s'opposent quant au temps nécessaire pour faire cette demande.

Certains pensent qu'il est **satisfaisant** : « Je pense que pour le faire sur Globule, ça ne me paraît pas non plus très long. » (E12) ; et peut être **optimisé avec l'expérience** : « Plus on en fera plus on va s'améliorer et que ça ira beaucoup plus vite. » (E2).

Pour d'autres en revanche, il semble **trop important** et représenter une **surcharge de travail** : « C'est évident qu'une lettre 'je vous adresse Monsieur X qui a un ulcère variqueux qui ne guérit pas depuis 3 semaines' c'est beaucoup plus rapide à faire et à préparer qu'un dossier de télémédecine avec les photos, avec la biologie, avec le suivi, avec... » (E2).

Tableau de résultats 2 : Faire une demande de téléexpertise



3. Place du médecin traitant

« L'important, c'est que les patients soient soignés. Après, qu'on ne soit pas tenu au courant, c'est autre chose. Ce n'est pas très grave. Mais ça serait mieux qu'on soit tenu au courant. Pour le suivi du patient, c'est toujours un peu mieux. » (E4).

L'étude a révélé que l'accord du médecin traitant du patient n'avait pas toujours été recueilli pour faire une demande de téléexpertise. De même, le médecin traitant n'a pas toujours été informé du suivi : « Parce que même le cas de... de mon patient, je ne savais même pas qu'ils avaient eu recours à ça. Puisque c'est à la maison de retraite qu'ils s'en sont occupés. » (E11).

Les praticiens interviewés **acceptent de ne pas être à l'initiative de la demande** de téléexpertise : « Je ne demande pas forcément à ce que ce soit moi qui initie le truc. » (E11).

Ils semblent également **accepter de ne pas participer à la prise en charge** car cela leur permet de :

- **Obtenir du matériel adapté** : « C'était plus pratique que ce soit l'HAD qui prenne le relais pour avoir les pansements. » (E12).
- **Pallier la limite de compétences** : « Reconnaître ses limites de compétences c'est plus important et déléguer à d'autres plus compétents que moi, ça ne m'a jamais embêté, au contraire. » (E3).

Cela permettrait même de **se répartir les tâches** : « (...) j'ai délégué les jambes, dont je ne m'occupais plus. Voilà, j'ai demandé à "plaies et cicatrisation" de voir. J'ai délégué les jambes pour pouvoir m'occuper du sein. (...) D'autant que comme je vous l'ai dit il y avait un autre truc à gérer. Je préférerais suivre le sein. C'était un peu compliqué, on ne pouvait pas tout faire en même temps. » (E12).

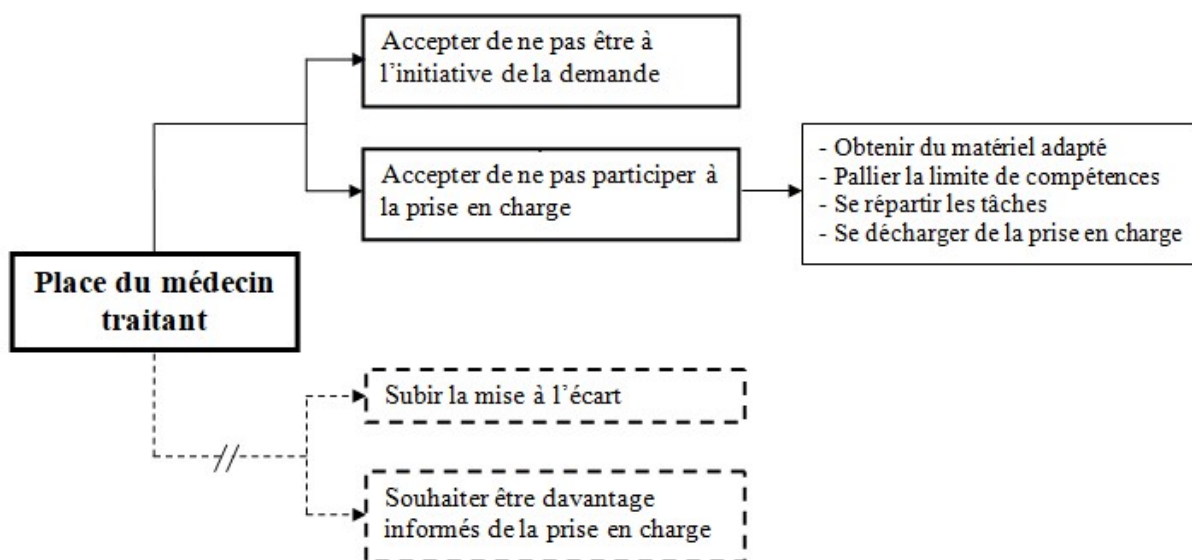
Certains vont jusqu'à dire que cela permet de **se décharger de la prise en charge** : « Moi maintenant je ne discute plus je passe le bébé. Comme ça au moins je suis tranquille. » (E10).

Cependant, pour certains, la **mise à l'écart a été plutôt subie que réellement acceptée** : « Mais sur la partie télémédecine à proprement parler heu... Moi je n'ai pas eu de retour. Je

suis un peu tombé des nues quand vous m'avez dit (rires) que j'avais une patiente qui avait sollicité la télémédecine (rires). » (E8).

Quoi qu'il en soit, ils souhaitent être **informés de la prise en charge** de leurs patients : « *Qu'elles me tiennent au courant que je sache ce qui a été fait, ce qui a été proposé, ce qui en a été pensé pour que heu... pour que ben si... pour que moi aussi je puisse rester actrice si... en fonction de ce que je vois et pour que quand moi je viens voir le patient je sois au courant de ce qui a été fait quoi.* » (E11).

Tableau de résultats 3 : Place du médecin traitant



4. Opinion globale

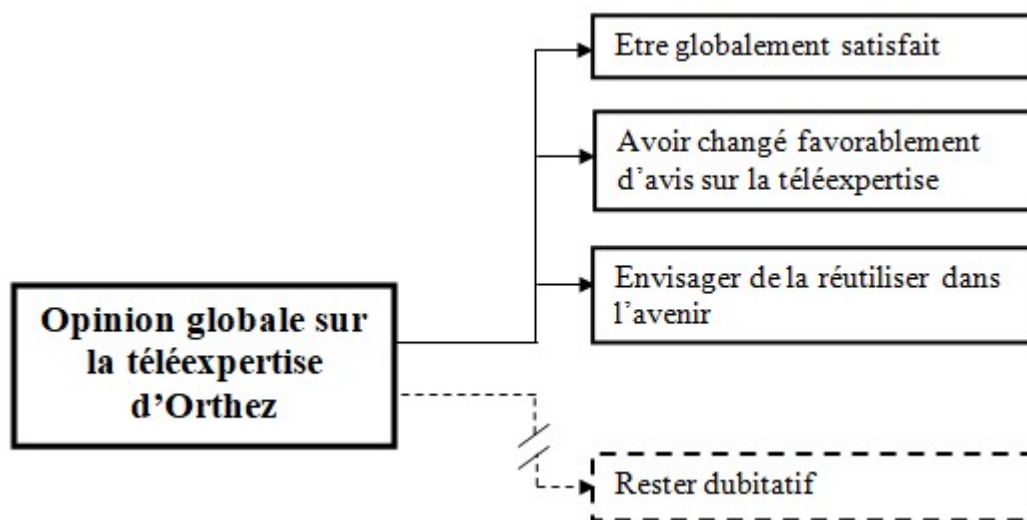
Les médecins interrogés sont **globalement satisfaits** de la prise en charge : « *Honnêtement, moi, je ne peux en dire que du bien.* » (E2).

L'expérience de la téléexpertise d'Orthez a permis à certains médecins de **changer favorablement d'avis sur la téléexpertise** en général : « *J'avais un avis peut-être plutôt défavorable mais je me dis que finalement ça peut être intéressant.* » (E1).

De plus, ils envisagent de la **réutiliser dans l'avenir** : « *Je vois le résultat et heu... je me dis : pourquoi pas.* » (E1).

Certains, au contraire, restent **dubitatifs** devant ce suivi par téléexpertise : « *D'accord. Ok. Simplement, le suivi se fait par... heu... par les photos ? Par l'évolution des photos ? Oui, oui, bon. C'est...* (Soupire). » (E8).

Tableau de résultats 4 : Opinion globale sur la téléexpertise d'Orthez



5. Communication autour du projet

« *Je ne savais pas que c'était suffisamment heu... développé. Y compris dans l'accès au spécialiste, enfin... ou les consultations pansements ou ce genre de choses. Je ne savais pas encore que ça existait ici. Je n'ai pas du tout eu d'information à ce niveau là.* » (E10).

Il semble exister un **défait de promotion** du projet :

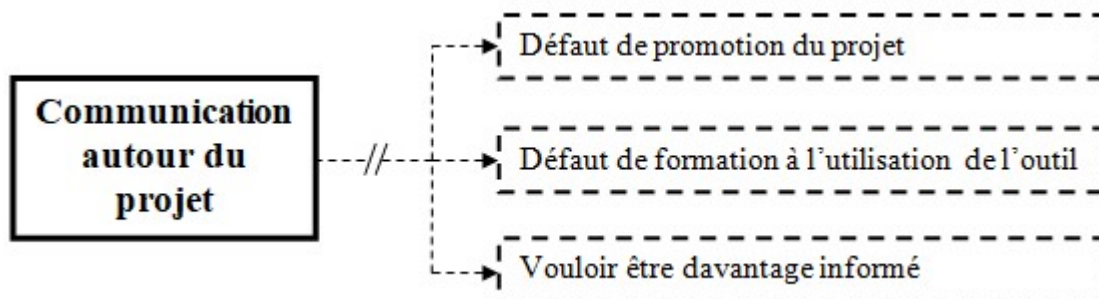
« *Je n'ai vraiment eu aucune information et c'est vous qui me l'avez appris donc heu... (Sourit).* » (E11)

« *Le projet en soi, comme je vous dis, il n'était pas présenté heu... Je ne savais pas qu'on pouvait faire ça.* » (E9).

Les médecins constatent également un **défait de formation à l'utilisation** : « *On n'a pas vraiment eu l'information officielle si vous voulez et savoir comment on peut s'en servir pour communiquer avec les spécialistes, dans quels cas, dans quels types de patients,...* » (E9).

Les médecins généralistes **aimeraient être d'avantage informés sur le projet** : « *Peut-être être un peu plus informée (rires). (...) Surtout pour pouvoir s'en servir (rires).* » (E9).

Tableau de résultats 5 : Communication autour du projet



C. Représentations de la télémédecine

« La télémédecine, ça m'évoque... oui, un service, disons, dématérialisé... enfin... électronique, accès électronique à un conseil médical quoi. Ou électronique, ou téléphonique, à un conseil médical, non présentiel. » (E6).

1. Une définition imprécise

Lorsqu'on demande aux médecins de nous expliquer en quoi consiste la télémédecine, on se rend compte que ce concept est assez **fou** pour eux :

« Je n'arrive pas à définir la chose (...) ça reste quelque chose d'assez fou pour moi. » (E1)

« Je ne sais pas ce que vous définissez par télémédecine. » (E7).

Le terme « télémédecine » leur évoque les **objets connectés** : « J'ai vu, j'ai lu que tout ça allait se développer, qu'il y allait avoir une connexion avec les otoscopes, les oxymètres, l'électro,... Tout ça connecté. » (E5) ; ou encore les **cabines d'examen** : « Ils en parlent des consultations avec une petite cabine, hop, on vous prend la tension. Le médecin surveille juste, valide et puis voilà quoi. » (E1).

Mais même si leurs connaissances sur la définition officielle de la télémédecine et ses cinq actes paraissent pauvres :

« I : Que savez-vous des actes de télémédecine définis par l'HAS ?

M : Pas grand-chose (rires) » (E11).

Certains évoquent tout de même spontanément :

- La notion de **médecine à distance** : « Moi je pense à heu... de l'organisation de la prise en charge qui n'est pas faite in situ mais qui est faite avec d'autres types de moyens : audio, visuel, heu... photo. » (E7).
- La **téléconsultation** : « Qu'est-ce que ça m'évoque tout de suite ? Heu... c'est les téléconsultations. » (E6)
- La **téléexpertise** : « Ben c'est à dire qu'on pourra demander un avis à un référent. On a un problème médical, un peu complexe, voilà. Et on peut avoir un oxymètre, on peut avoir un électro qui est connecté à... Je ne sais pas moi... Peut-être au CH ou heu...

Et à partir de là, il y a un spécialiste, un référent, qui peut nous contacter et nous dire voilà ce que j'en pense. » (E5).

- **La régulation par le 15 :** *« Moi je fais de la régulation au centre 15. Donc on peut dire que c'est un peu de la télémédecine. » (E6).*

2. Une pratique familière

Dans un premier temps, les médecins interrogés signalent leur manque d'expérience en télémédecine : *« Télémédecine ? (Lève les yeux au ciel) Je n'ai aucune expérience de télémédecine moi. » (E3).*

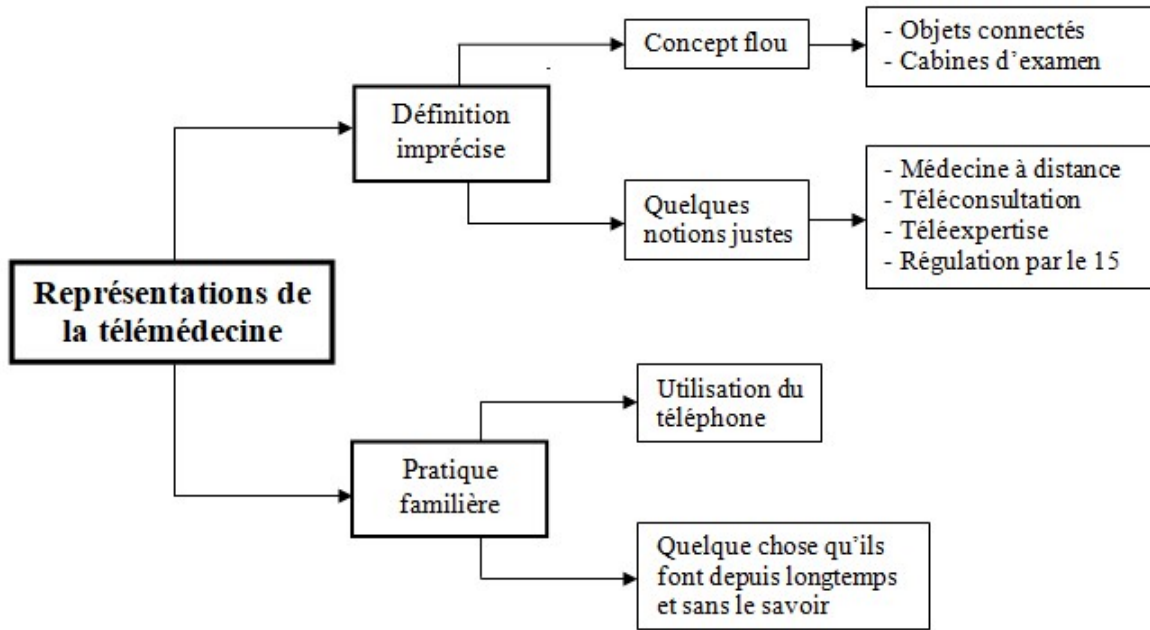
Mais lorsque la notion d'échanges à distance est évoquée, les médecins font remarquer que la télémédecine, finalement, est une pratique familière. Ils donnent pour exemple **l'utilisation du téléphone** : *« (Interrompu par la sonnerie du téléphone, répond, donne un avis sur une fièvre puis raccroche) Ça aussi c'est de la télémédecine (rires). » (E12).*

Ils considèrent que c'est **quelque chose qu'ils font depuis longtemps et sans le savoir** :

« Ben ça dépend ce qu'on appelle téléexpertise car on en fait tous les jours de la téléexpertise. Appeler un référent et lui demander son avis pour un cas, on le fait quand même pas tous les jours mais presque. » (E6).

« On fait de la télémédecine sans le savoir puisque quand on appelle un cardio, un dermato, en disant "ha ben ça, je suis embêtée, qu'est-ce que tu en penses ?"... On le fait sans le savoir. » (E7).

Tableau de résultats 6 : Représentations de la télémédecine



D. Intégrer la télémédecine à son activité

Les avis divergent.

Alors que certains médecins se sentent **prêts à utiliser la télémédecine** : « *Nous on n'est pas contre non plus le progrès et investir en tant que maison de santé par exemple, de s'équiper pour faire certaines choses qui soient bénéfiques pour nos patients.* » (E9) ; et à **dégager des créneaux dédiés** : « *Voilà des petits créneaux à des moments de la journée où je sais que je suis plus dispo ou si par exemple j'ai une journée qui va être plus calme, ouvrir des créneaux si je peux pour ça, pour remplir ma journée si j'ai le temps.* » (E11).

D'autres y sont plutôt réfractaires, pour différentes raisons.

Certains **n'en ressentent pas le besoin** : « *Je n'ai pas eu besoin moi encore de recourir à la télémédecine.* » (E8).

D'autres **ne se sentent pas capables** de faire une telle activité : « *La médecine à distance, moi personnellement, je ne me sens pas capable d'en faire.* » (E1).

Des médecins expliquent clairement **ne pas être intéressés** par cette pratique : « *(...) c'est comme quand moi je dis à un diabétique qu'il faudrait qu'il fasse de l'exercice physique et qu'il n'a pas envie de le faire hein (rires).* » (E5).

Et ce pour différentes raisons :

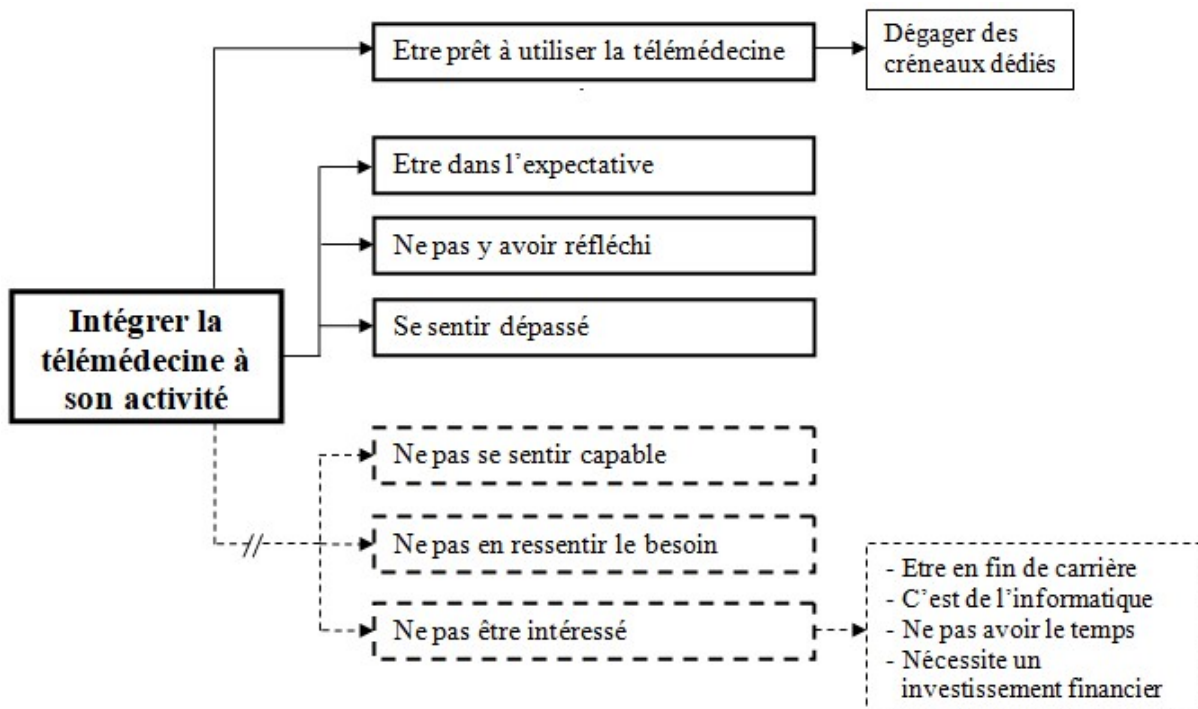
- Parce qu'**ils sont en fin de carrière** : « *Quand on est vieux, on est plus rétif au changement (rires) (...)* » (E8).
- Parce que **c'est de l'informatique** : « *(Souffle) Ça me fait chier de passer du temps sur l'informatique.* » (E5).
- Parce qu'**ils n'ont pas le temps** de s'y intéresser : « *Je n'ai pas le temps d'aller lire les machins... voilà.* » (E7).
- Parce que cela **nécessite un investissement financier** : « *C'est encore un surcoût, encore de l'investissement. Je sais pas si on serait prêt à le faire (...)* » (E7).

Enfin, des avis moins tranchés émergent.

Certains médecins sont plutôt **dans l'expectative** : « *Mais après, je n'y suis pas opposé dans l'esprit. Mais que les choses soient... que les plâtres soient essuyés (rires), si on peut dire. Et après ça... (Blanc).* » (E8).

D'autres ne semblent **pas y avoir réfléchi** : « *Alors moi comme je ne me suis pas vraiment posée trop la question encore dessus je n'en ai pas forcément d'attente particulière.* » (E11).
 Et enfin, certains se sentent **dépassés** : « *C'est comme si j'étais dans un océan et je ne sais pas par où commencer quoi. Mais peut-être que... Pourquoi pas !* » (E5).

Tableau de résultats 7 : Intégrer la télémédecine à son activité (1)



1. Utiliser la télémédecine avec les patients

« *Je pense qu'il y a certaines consultations qui peuvent être bien, effectivement, et confortables et pour les patients et pour les médecins. Des consultations rapides qui ne nécessitent pas forcément qu'on les voit.* » (E11).

Lorsque les médecins généralistes pensent que prendre en charge un patient par télémédecine en cabinet de médecine générale est envisageable, cela serait pour :

- **Ajuster une prise en charge** : « *Régler un INR à distance c'est faisable, ça ne me dérange pas.* » (E6).

- **Prendre en charge des diagnostics évidents** : « *De la petite dermatologie, un pied d'athlète ou un truc comme ça, un eczéma,...* On n'est pas obligé de l'avoir sous le nez fondamentalement pour dire que c'est un eczéma ou une urticaire ou des choses comme ça. Ça, ça peut se voir. » (E12).
- **Prendre en charge des pathologies non compliquées** : « *Ou éventuellement si ça peut dépanner un peu des gens qui viendraient en consultation pour un début de rhume ou qui auraient juste besoin de conseils au moins pour les 48 premières heures heu... pour savoir quoi gérer et quoi faire et quels sont les signes qui doivent les faire reconsulter vraiment devant un médecin.* » (E11).

Ils semblent également favorables à la **surveillance des patients à l'aide d'objets connectés** : « *Après en télémédecine, j'ai des patients heu... un truc sympa, c'est pour les diabétiques. (...) Les suivis de dextros, les annotations, ça c'est bien.* » (E3).

Par contre, participer à la **régulation du SAMU leur semble souvent compliqué** : « *Par exemple on m'a sollicité pour faire de la régulation mais je ne me sens pas d'en faire.* » (E1).

La **prise en charge de pathologies chroniques par télémédecine semble également rédhibitoire** : « *Dans le cadre de pathologies chroniques je pense peut-être que c'est un peu plus difficile.* » (E13).

Tout comme lorsque l'examen clinique est considéré comme indispensable au diagnostic : « *(...) moi j'ai appris à examiner. Je n'ai pas appris à faire à distance. (...) Palper un abdomen au travers d'un téléphone je ne me vois pas faire. Tout ce qui est abdomino-pelvien, je ne me vois pas faire à travers un téléphone. Tout ce qui est orthopédie, je ne me vois pas faire avec le téléphone. Tout ce qui est examen d'articulations.* » (E12).

2. Créer une régulation médicale à l'échelle du cabinet

« *Ça [NR la téléconsultation] peut peut-être suffire et éviter qu'il y ait des gens qui consultent pour rien. Parce qu'on va leur dire de revenir dans 48 heures si jamais ça ne va pas mieux. Voilà. Donc ça peut peut-être éviter des consultations inutiles dans ce sens là.* » (E11).

Pour certains médecins, la télémédecine permettrait de **faire le tri** dans les demandes de consultation. Elle permettrait ainsi de :

- **Eviter des consultations inutiles** : « Effectivement ça peut être un gain de temps et leur éviter de venir prendre un créneau de consultation alors qu'il n'y en a pas besoin. Peut-être simplement désamorcer un début de... où ils ne savent pas trop quoi faire. Peut-être que dans ces cas-là ça peut être utile aussi. » (E11).
- **Eviter d'exposer inutilement des patients aux épidémies** : « Les grosses périodes d'épidémies où on a peu de temps heu... voilà. Heu... la dame qui a une infection urinaire et... ben elle n'y peut rien donc il faut qu'on puisse la soigner aussi. Donc là on a tendance à se les rajouter, à doubler des consultations etc. Si on peut éviter ça et que du coup elle ne soit pas forcément exposée aux gastros qui circulent ou aux gripes qui circulent. Bon c'est... je trouve ça mieux aussi. » (E11).
- **Temporiser des consultations** : « C'est pour... comment dire... évaluer la... évaluer la gravité et la nécessité, temporiser la consultation. » (E13).
- **Gagner du temps de consultation** : « Un gain de temps, après je crois que cela prendra du temps aussi (rires). On ne va pas les expédier en 2 minutes. Si on fait une pseudo-consultation ça va durer 5-10 minutes. Enfin je pense. » (E10).

3. Communiquer avec les paramédicaux

« Alors avec les infirmières on se... je les ai facilement au téléphone donc heu... » (E11).

Lorsque les médecins réfléchissent aux applications éventuelles de la télémédecine, ils évoquent son utilité dans la communication avec les paramédicaux : « Avec les infirmières par exemple, puisque déjà elles m'envoient des photos parfois des patients. » (E7).

Cela permettrait aux médecins de :

- **S'informer** : « C'est bien, c'est le partage d'informations. Hum... Par heu... Le partage d'informations par toutes les spécialités concernées. Donc moi quand je reprends mon dossier, je vois "oui ha... il a vu la psychologue à telle date qui a...". Donc ça donne une information disponible plus rapidement. » (E8).

- **Répondre aux doutes des paramédicaux :** « (Souffle)... Heu... Les infirmiers, nous montrer certains cas dans lesquels ils ont des doutes. Je le vois plutôt comme ça. Voilà. » (E9).
- **Temporiser les visites à domicile :** « Nous envoyer la photo ou l'image et voir un peu la priorité heu... S'il faut qu'on parte tout de suite voir la patiente ou le patient, ou si déjà on peut commencer par lui donner des consignes heu... à domicile. » (E9).
- **Gagner du temps en évitant des visites à domicile :** « L'avantage... Ben c'est que je n'ai pas besoin de me déplacer. Déjà (rires). Et c'est l'avantage principal quoi. Ça me permet d'avoir un gain de temps. (...) Je ne suis pas obligé de me déplacer pour aller la voir. J'ai des infos via l'infirmières qui sont en général assez fiables. » (E12).

Certains médecins restent quand même peu convaincus de l'utilité de la télémédecine dans leur rapport avec les paramédicaux : « Ça va revenir un peu au même c'est-à-dire que si elles me demandent de... quelque chose d'un peu précis, je vais préférer aller voir le patient. » (E11).

Ils estiment que ce n'est **pas tellement mieux que le téléphone** : « Si c'est juste dans le cadre d'une communication, honnêtement, je ne sais pas si on a besoin d'une technologie aussi compliquée. » (E2).

4. Communiquer avec les spécialistes

« Si je pose une question, si j'ai un souci, c'est que j'ai le patient qui est en face de moi. Donc si je décroche le téléphone et si je pose la question, je lui donne la réponse quand il sort de ma consultation. Si la télémédecine peut faire mieux que ça encore, je ne sais pas, pourquoi pas. » (E2).

Certains médecins pensent que la télémédecine a un intérêt dans leurs relations avec les spécialistes et plus précisément pour :

- **Ajuster des prises en charges chroniques :** « (...) avoir un petit secours heu... sur savoir quoi faire pour ne pas faire n'importe quoi sur des pathologies qui sont... que l'on n'assume pas complètement. Heu... je pense à des patients parkinsoniens ou... qui vont avoir un traitement. Ce n'est pas forcément nous qui adaptons le traitement.

C'est plus le neurologue. (...) si on peut continuer d'avoir un peu un avis comme ça sans avoir à trimballer les patients, c'est toujours mieux. » (E11).

- **Etre épaulé dans la complexité :** *« Je vais vous dire, moi dans 80-85% des cas je n'ai pas de problème. Je fais le diagnostic seul. Mais, parfois on a des problèmes. On a des problèmes. Heu... Ben hier avec mon interne on a eu un souci sur une consultation. On a été bien embêté. On aurait été bien arrangé de discuter avec quelqu'un. » (E5).*
- **Eviter des consultations spécialisées :** *« (...) assumer un maximum de diagnostic ici au cabinet. » (E5)*
- **Faciliter l'échange d'informations :** *« C'est bien, c'est le partage d'informations. Hum... Par heu... Le partage d'informations par toutes les spécialités concernées. » (E8).*
- **Gagner du temps en évitant des prises de rendez-vous chronophages :** *« [NR parlant d'une demande de téléexpertise] Ça prend un peu de temps peut-être mais bon, de toute façon je prends du temps après s'il faut que je téléphone pour prendre rendez-vous. Voilà. A mon avis c'est plus un gain de temps qu'une perte de temps. » (E10).*
- **Gagner du temps en allégeant la paperasse :** *« Au lieu d'un courrier manuscrit, aller sur un truc rapidement et qu'en 30 secondes on ait accès au truc et... Voilà. » (E8).*

De **nombreuses spécialités** pour lesquelles la télémédecine pourrait être utilisée ont été évoquées :

- **Dermatologie / Pathologies cutanées :** *« (Souffle longuement) Moi dans ma pratique ? En dermato peut-être pour avoir des conseils rapides sur des images de pathologies dermatos que l'on a au cabinet. On n'a pas toujours la réponse à donner au patient. » (E4).*
- **Psychiatrie :** *« (Dandine de la tête) Je fais comme ça (dandine la tête) parce que la psychiatrie parfois... en psychiatrie quand on n'est pas très à l'aise avec le diagnostic, il pourrait y avoir quelque chose aussi, ouais ouais. Un cas clinique exposé au psy, voilà. » (E7).*
- **Neurologie :** *« La neuro c'est du film : ça je trouve que ça pourrait vraiment être pff... Moi j'ai toujours imaginé dans les EHPAD, le neuro qui prend deux heures par*

mois et on fait passer les patients dans une salle où il y a des caméras. Et le médecin à distance dit “faites lui faire un demi tour, faites ça, ça et ça”. Il y a 10 minutes par patient et en 2 heures il en passe plein ! » (E7).

- **Lecture d'électrocardiogrammes (ECG) et urgences cardiologiques** : « (...) pour les cardios (souffle)... Cela peut être intéressant qu'on ait un électro pour envoyer et avoir une interprétation rapide et avoir un avis cardio rapide. » (E4).
- **Radiologie** : « On a des ruptures comme ça de diagnostic ou de suivi qui se font uniquement pour une information qui ne retourne pas. Donc le retour radio, là je peux vous assurer que cela ferait du bien. » (E3).
- **Orthopédie** : « Traumatologie : envoi de radios. » (E7).
- **Rhumatologie** : « Les rhumatologues on va dire. Si on a des douleurs chroniques ou des examens que nous on n'a pas trop clair qu'est-ce qu'il faut faire avec ce type de patient, en envoyant peut-être les examens au rhumatologue ou même à... Et voir avec eux. » (E9).

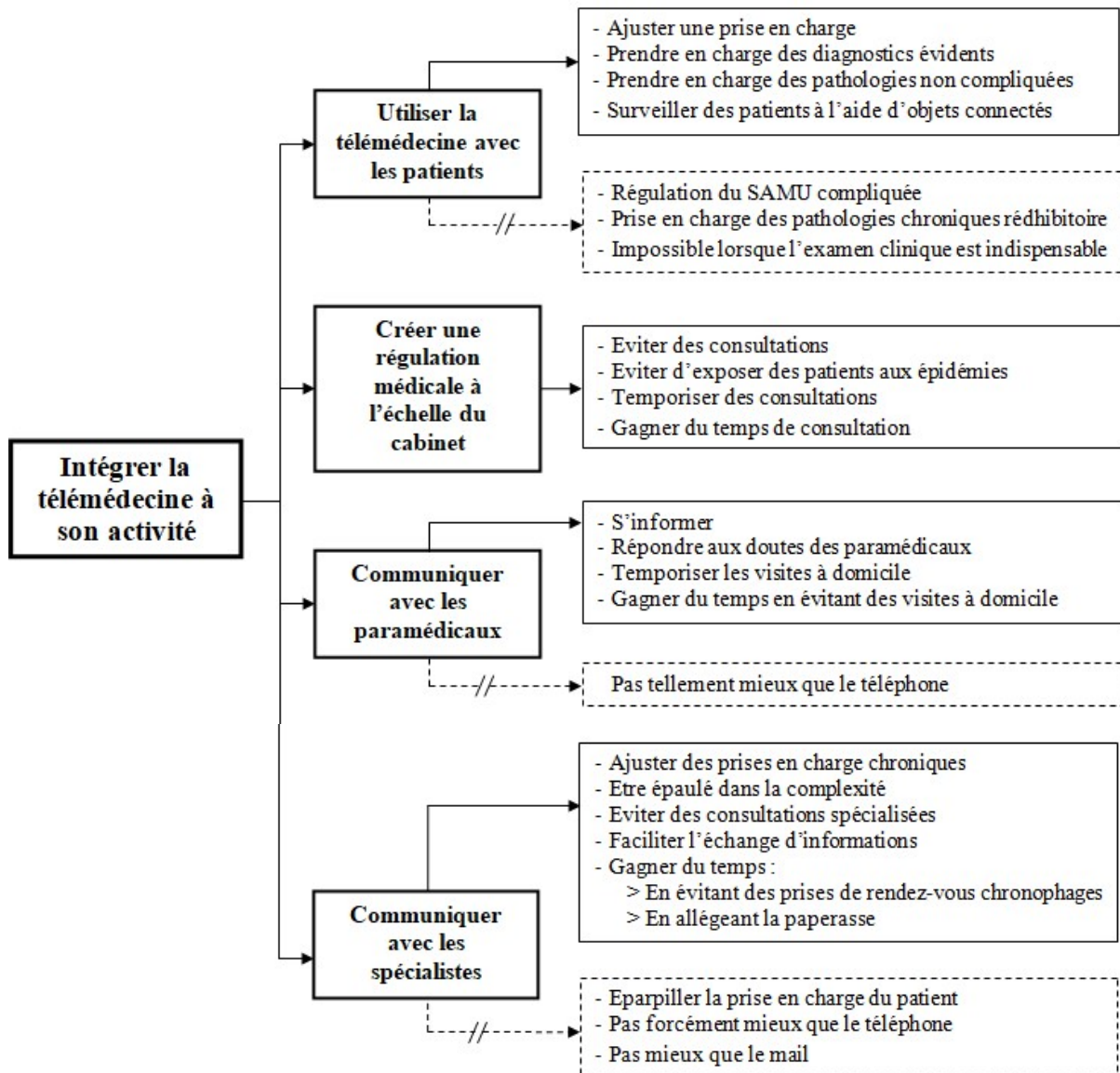
L'utilisation de la télémédecine pour communiquer avec le spécialiste semble particulièrement envisageable pour des **pathologies visuelles** : « Mais il y a peut-être des spécialités qui s'y prêtent plus facilement. C'est sûr que dès l'instant où on travaille sur photos, sur l'imagerie, c'est forcément plus pratique. » (E2).

Certains médecins ont tout de même émis une réserve. Ils pensent que faciliter les échanges interdisciplinaires risque d'**éparpiller la prise en charge du patient** : « Je pense que d'une manière générale, la multiplication des prises en charge, la multiplication des réseaux, heu... la multiplication des aides, heu... ben ce n'est pas forcément la meilleure des choses. Heu... il faut parfois plus que 5 ou 6 groupes différents de travail, ou exerçant sur une même personne ou un même sujet, il faut plutôt parfois en avoir qu'un seul et puis, et puis heu... on aura pas de problème. » (E3).

Et encore une fois, certains estiment que la télémédecine n'est **pas forcément mieux que le téléphone** : « Des avis par téléphone j'en demande tous les jours à mes confrères. Je... Ça ne me dérange pas de demander un avis. Je n'y vois aucun inconvénient. Faut-il le formaliser en lui donnant un cadre bien précis et donc alourdir les choses ? Je ne suis pas certain que ce soit une bonne idée. » (E2).

Et certains rajoutent que concernant la communication avec les spécialistes, la télémédecine n'est **pas mieux que le mail** : « (Souffle) *Après plutôt... télémédecine non, plutôt utiliser un mail.* » (E10).

Tableau de résultats 8 : Intégrer la télémédecine à son activité (2)



E. Soigner par télémedecine

1. Des actes incomplets

« C'est que je ne... j'ai du mal à heu... à considérer une consultation complète s'il n'a pas été heu... si elle n'est pas présentielle. » (E13).

Les médecins interrogés **reprochent à la téléconsultation son caractère incomplet** : « Je vous ai dit que moi je n'étais pas... heu... que la téléconsultation c'était quelque chose qui... (réfléchit)... moi ben je trouvais qu'il manquait quelque chose. » (E6).

Et ce en grande partie à cause du :

- **Manque de l'examen clinique** : « Il y a des moments où on a besoin d'avoir le patient sous les yeux et sous les mains pour pouvoir en faire quelque chose. » (E11).
- **Manque de l'impression globale** : « Puis des fois je ne sais pas. Y a des trucs qu'on sent (regarde vers le ciel). Il me semble. » (E1).

De la même manière, ils **reprochent également à la téléexpertise son manque de précision** : « Au niveau professionnel, se faire une idée sur une image comme ça... c'était un peu limite... ouais (rires). » (E3).

Un risque d'erreur diagnostique majoré

Ils pensent que le caractère incomplet des actes de télémedecine majore le risque d'erreur diagnostique : « Il y a toujours une part de risque. Et ça j'aime pas trop. Déjà il y en a toujours une au cabinet mais le fait de ne pas avoir le patient en face, de ne pas pouvoir le toucher, l'examiner... » (E1).

Plus d'anxiété pour le praticien

Les médecins pensent également que prendre en charge par télémédecine génère de l'anxiété pour le praticien :

« *C'est une partie plus outil que médicale et... et c'est... c'est... c'est... je trouve que c'est assez anxiogène finalement pour le praticien.* » (E13).

« *Je pense que c'est plus une histoire que moi je ne serai pas forcément à l'aise et pas forcément suffisamment sûre de moi pour le gérer. Voilà.* » (E11).

Un risque de standardisation des prises en charges

Les médecins craignent que la télémédecine ne permette pas de **repérer les cas particuliers ou complexes** :

« *Le risque c'est que ce soit un système qui mette heu... les pathologies dans des cases dans lesquelles le médecin se sente lui-même enfermé aussi.* » (E13).

« *Il faut être quand même capable de dire, même si on a programmé d'abord un... une téléconsultation, de dire que non il y a quelque chose qui nous... qui nous intrigue et il faut quand même qu'on voit le patient. Heu... ça il ne faut pas le perdre de vue non plus.* » (E11).

2. Une surcharge de travail

« *Dites, je fais des journées de 12 à 14 heures ! C'est beaucoup... non ?* (rires). » (E3).

Les médecins trouvent que développer une activité de télémédecine représente une surcharge de travail : « *Ça me prend du temps parce que j'ai Globule, j'ai ma messagerie professionnelle, j'ai les résultats d'analyse, j'ai... Heu... Tout ça, ça fait que tous les soirs, j'ai une demi-heure, trois-quarts d'heure, une heure de lecture de petits messages, en plus qu'avant.* » (E12).

Certains médecins ne sont **pas prêts à y consacrer du temps** : « Hier soir on a fini il était 19h20, je ne me serais pas vu remplir des dossiers jusqu'à 20h. Je suis désolé. Là c'est niet. » (E5).

3. Une relation patient-soignant différente

« Tout élément nouveau est impactant dans une relation médicale. » (E7).

Une plus-value dans la relation médecin traitant - patient

Pour certains, la télémédecine pourrait permettre d'améliorer la relation médecin traitant - patient **si elle est utilisée à bon escient** : « (...) si on arrive à utiliser la technologie et la télémédecine d'une façon positive, ça peut améliorer la relation avec nos patients. » (E9).

L'intérêt viendrait de l'**échange visuel** : « Enfin moi... je crois que quand tu as quelqu'un au téléphone et quand tu dialogues avec lui par une image, je crois que c'est quand même différent. Je crois que les gens, s'ils vous voient, ou si... vous voyez ce que je veux dire (rires). Ils seront plus sereins, ils auront plus confiance. » (E10).

La télémédecine permettrait de **rassurer les patients** : « Donc une personne qui ne peut pas... qui se déplace difficilement et qui souhaite une consultation... qui est inquiète par rapport à cette consultation, le fait de... d'avoir déjà cette primo-consultation, comme heu... comme au téléphone hein. Bon souvent ils ont besoin qu'on voit. Donc heu... il y a... il y a l'aspect visuel un petit peu plus, il manque le reste, mais ça peut heu... surprotéger la personne, un petit peu la faire... enfin entre guillemets « patienter », la sécuriser en tout cas jusqu'à sa consultation. Et l'aider à attendre heu... comment dire... de façon raisonnable la consultation sans heu... sans panique. » (E13).

Les médecins pensent que les patients seront contents que leur médecin leur **offre un service supplémentaire** :

« [NR au sujet de l'impact de la télémédecine sur la relation avec le patient]

I: Donc pour vous, cela n'aura pas d'incidences, ni positives ni négatives si ça se développe ?

M : Arfff, positif sans doute. Le patient sera content car on lui apportera un service supplémentaire. Heu... après, négatif non. Je ne vois pas trop pourquoi ça serait négatif. » (E4).

Une rencontre physique indispensable en médecine générale

Mais certains médecins estiment que la télémédecine va **à l'encontre de l'idée qu'ils se font de la médecine** : *« Et j'adore être avec... Le contact. Voilà. Moi la médecine c'est ça (montre la table d'examen). Voilà. Et tous les internes, tous mes trucs, ils le diront, ils vous le diront heu... Mais moi j'adore être avec eux, j'adore être avec le patient, être là, échanger. Mais (lève les yeux au ciel), aller me demander de me mettre sur un site internet pour voir le truc... (Soupire) Je n'en ai rien à faire. »* (E5).

Et pour eux, la rencontre physique reste indispensable.

Elle permettrait d'**apprendre à connaître les gens** : *« Je pense que pour moi la médecine ce n'est pas ça. Pour moi la médecine c'est aussi une relation, une relation physique avec les gens. Surtout la médecine générale, ça c'est un métier à part quand même. On vit avec les gens, on connaît leur vie, leur mode de vie, c'est important tout ça. Après je pense que cela va se perdre de plus en plus mais voilà, moi, je la considérerais comme ça un petit peu. C'est ce que j'aimais aussi dans ce que j'ai fait pendant plus de 40 ans. »* (E10).

Elle permettrait également de **faciliter la relation de confiance** : *« (...) je pense que, malgré tout, les gens continuent d'avoir envie d'aller voir leur médecin parce que c'est un moment un peu d'échange un peu particulier où on peut... où ils ne sont pas jugés, ils ne sont pas heu... ce qui... ça ne sort pas du bureau donc ils peuvent craquer, ils peuvent dire ce qu'ils ont sur le cœur, ils peuvent dire heu... leurs peurs etc. »* (E11).

Sans ces rencontres, la **relation pourrait être altérée** : *« Si... bien sûr on... on utilise que la télémédecine avec nos patients c'est sûr que la relation elle ne va pas être la même parce que ce n'est pas pareil d'avoir des contacts humains. Ça je crois que dans notre profession c'est quelque chose d'indispensable, de très important. »* (E9).

Certains médecins pensent que les actes de télémédecine **ne sont pas reconnus par les patients** : *« Je ne sais même pas si le patient est informé que moi je suis informé. (...) Pour eux, c'est un travail que je ne fais pas. Ça n'existe pas comme travail ça. »* (E12).

Des paramédicaux plus impliqués

Les médecins interrogés pensent que la télémédecine a également une influence sur la relation entre le patient et les paramédicaux qui le prennent en charge.

Selon eux, le personnel soignant se sentirait **plus impliqué dans la prise en charge** du patient : « *Moi je pense que ça a une influence positive pour le personnel de l'EHPAD. Il sera plus impliqué. Là un patient s'en va, il revient, ils n'ont pas de retour, de dialogue.* » (E7).

L'utilisation de la télémédecine permettrait de **renforcer le lien** entre l'équipe soignante et le patient : « *Il y aura quelque chose qui va peut-être se renforcer avec l'équipe.* » (E7).

Des spécialistes dématérialisés

Avec la télémédecine, la relation entre le patient et son spécialiste pourrait, quant à elle, être **déshumanisée** : « (...) *la relation avec le spécialiste elle sera uniquement technique. (...) Il y a une relation intime qui va se couper, du patient avec son médecin spécialisé, cette relation intime-là va se couper.* » (E7).

Mais cette relation à distance pourrait aussi permettre de **diminuer le stress du patient**, engendré par la rencontre avec le spécialiste : « (...) *aller voir un médecin, c'est encore une fois, heu... montrer sa maladie, heu... encore une fois se poser des questions sur l'avenir de sa maladie. C'est toujours une remise en question d'être devant un médecin ou une infirmière qui regardent une plaie par exemple. A chaque fois que le patient la montre, heu... ben ce n'est pas anodin parce qu'il se demande s'il y aura un avis différent ou un avis moins bon. Donc c'est générateur de stress ça aussi.* » (E3).

4. Risques médico-légaux

« *Après, on va attendre les premiers procès pour voir comment ça se passe (rires).* » (E4).

Pour les médecins interrogés, **une téléconsultation engage leur responsabilité médicale de la même manière qu'une consultation classique** : « *C'est notre responsabilité de médecin*

quoi. Quand on donne ...que ce soit par téléphone ou en direct, quand on fait une prescription, qu'on donne un avis, cela nous engage en tant que médecin, enfin je pense de la même façon. » (E6).

Concernant la téléexpertise, la **répartition de la responsabilité médicale entre le requérant et l'expert semble moins claire** : « (...) après on va attendre les premiers procès pour voir comment ça se passe (rires). Et effectivement, la responsabilité médicale sera de quel côté... c'est... je pense du côté de l'expert, plus que le médecin généraliste qui aura demandé la téléexpertise, la téléconsultation. Je ne sais pas. C'est un peu flou tout ça. » (E4).

Les médecins estiment qu'un des avantages de la télémédecine est la **traçabilité assurée par l'enregistrement** de la vidéo de téléconsultation ou de l'historique des conversations : « Pff c'est facile hein. Tout peut être enregistré. Partant de là, c'est encore plus simple qu'une consultation intime où rien n'est enregistré. (...) s'ils disent "oui mais on m'a dit ça" (fait claquer sa langue), pas de bol tout est enregistré. Là je crois... beaucoup plus simple. » (E7).

Ils ne semblent **pas avoir d'inquiétude concernant la sécurité des données** : « J'ai l'impression que c'est sécurisé au niveau des transmissions des informations. » (E2).

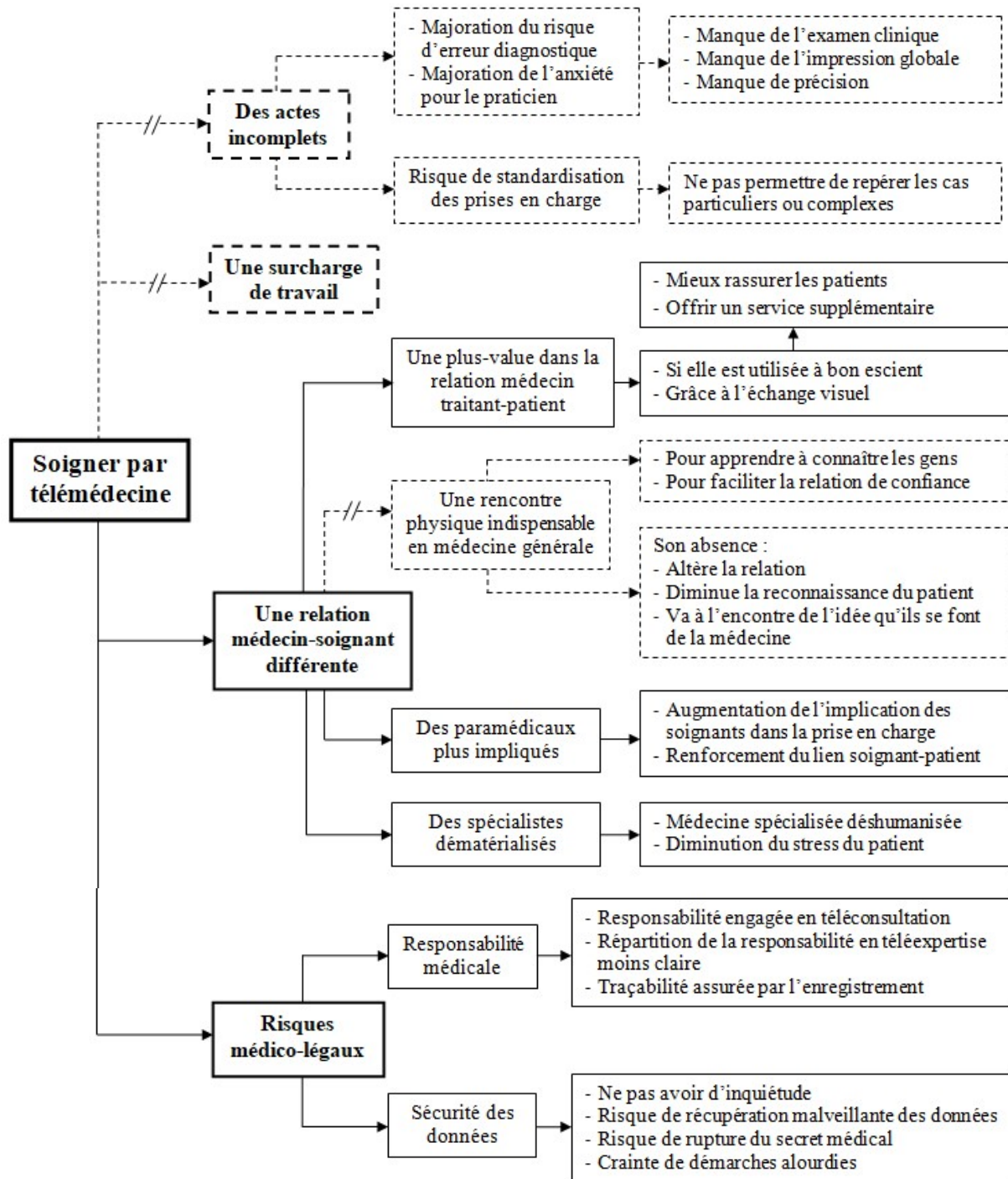
Ils ont néanmoins conscience que cette nouvelle forme de pratique, numérique, nécessite une sécurisation des échanges : « Normalement même au niveau médico-légal, je crois qu'on a pas le droit d'envoyer des informations médicales sans que ce soit crypté. » (E3).

Certains évoquent des risques de :

- **Récupération malveillante** des données informatiques : « Hum... est-ce que tout ça sera sécurisé à 100% ? On va toujours nous dire que oui, mais bon nous on sait très bien que si c'est stocké quelque part ça pourra être piraté à un moment ou à un autre. Donc il y a toujours cette crainte de perte de sécurité des données et que ça se balade un peu n'importe où quoi. (...) Après c'est toujours pareil, c'est du piratage. C'est qui y aura accès, et voilà. Est-ce que ça ne va pas être récupéré par des assurances, des mutuelles, des...on ne sait pas quoi. On ne sait jamais. » (E4).
- **Rupture du secret médical** : « Alors ce qui me gênerait un petit peu oui c'est que l'intégralité du dossier soit accessible par tout le monde. Mais qu'il y ait... Voilà. Qu'il y ait un cadre partagé, ça, ça ne me gênerait pas. Oui. Oui voilà. Ou mettre une... Ouais... Heu... Voilà. Certaines informations... Tout n'est pas utile. » (E8).

Parallèlement, ils craignent que les dispositifs mis en place pour sécuriser les données **alourdissent les démarches** : « J'ai l'impression que c'est sécurisé et que c'est peut-être d'ailleurs ce qui fait la lourdeur de la consultation. » (E2).

Tableau de résultats 9 : Soigner par télémedecine



F. Impacts en santé publique

1. Améliorer l'offre de soins

« Je pense que c'est important que les gens ne se sentent pas abandonnés quoi. Déjà, quand ils ont affaire à un médecin, devant eux, même si c'est à la télé, ils sont déjà pris en charge. Je pense. Je pense que dans ce sens là c'est bien. » (E10).

Faciliter l'accès à un conseil médical

Les médecins estiment que la télémédecine pourrait permettre de faciliter l'accès aux soins :

« Le côté positif ça serait la facilité d'avoir un conseil médical pour les patients et puis pour heu... voilà. C'est la facilité on va dire. » (E6).

Mais ils émettent une réserve et évoquent le **risque d'une surconsommation de soins** :

« Après voilà, c'est aussi un peu la porte ouverte. C'est facile. C'est du consommable. » (E6).

Faciliter l'accès aux spécialistes

Les médecins trouveraient la télémédecine utile si elle permettait d'**avoir un avis spécialisé rapidement** voire **instantanément** : « Ce qui m'intéresse, c'est un système réactif. (...) Si je pose une question, si j'ai un souci, c'est que j'ai le patient qui est en face de moi. Donc si je décroche le téléphone et si je pose la question, je lui donne la réponse quand il sort de ma consultation. Si la télémédecine peut faire mieux que ça encore, je ne sais pas, pourquoi pas. » (E2).

Lorsque la télémédecine ne peut pas se substituer à une consultation classique, les médecins pensent qu'elle pourrait permettre de :

- **Obtenir un rendez-vous classique plus rapidement** : « C'est beaucoup de dermato, car pour avoir des rendez vous dermatoc'est compliqué. Quand on a un doute, notamment sur des mélanomes des choses comme ça, on envoie une photo et puis

voilà. Je prends une photo, j'envoie, comme ça j'ai un rendez-vous rapidement quoi. Avec une biopsie rapidement. » (E10).

- **Prioriser les demandes de rendez-vous avec le spécialiste :** *« Essayer de savoir la priorité des rendez-vous si vous voulez. (...) Mais quand nous on n'a pas le diagnostic très clair, si c'est vraiment quelque chose de suspect ou pas, ben... pourquoi pas voir directement avec le spécialiste. Que le spécialiste dise "non il faut le voir assez rapidement" ou "on peut attendre 3 mois, 4 mois" et là le rendez-vous c'est ok. Ça, ça serait intéressant. » (E9).*

Optimiser le parcours de soins

Les médecins pensent que la télémédecine pourrait aider le généraliste à **orienter le patient vers le bon spécialiste** : *« Si on a des douleurs chroniques ou des examens que nous on n'a pas trop clair qu'est-ce qu'il faut faire avec ce type de patient, en envoyant peut-être les examens au rhumatologue ou même à... Et voir avec eux. (...) on pourrait peut-être diriger mieux le patient et pas qu'il aille d'abord voir le... l'orthopédiste ou le rhumatologue. Et on pourrait déjà gagner un peu de temps en faisant un peu le tri si vous voulez. On pourrait l'utiliser comme ça aussi (rires). » (E9).*

Population cible

Les médecins interrogés pensent que faciliter l'accès aux soins via la télémédecine serait d'autant plus intéressant :

- Pour les patients vivant dans des **zones sous-dotées en médecins** : *« Ça doit pouvoir dépanner des coins vraiment encore plus désert médical qu'Orthez. » (E8).*
- **Pour les patients en EHPAD** : *« (...) quand on se retrouve avec des patients qui ont ce genre de pathologies et qui sont en maison de retraite, qui se dégradent, si on peut continuer d'avoir un peu un avis comme ça sans avoir à trimballer les patients, c'est toujours mieux. » (E11).*
- **Pour les patients qui se déplacent difficilement** : *« Ah ben pour ce genre de patients c'est bien parce que t'as pas à les déplacer, t'as pas à faire toutes les manip transport ou autres qui peuvent les perturber et qui ne vont pas amener effectivement*

grand chose parce qu'on peut le faire de façon maintenant plus simple avec l'imagerie. » (E4).

- **Lorsque les médecins sont débordés :** *« Heu... ben quand nous déjà on est très plein c'est-à-dire quand c'est difficile de... les grosses périodes d'épidémies où on a peu de temps heu... voilà. Heu... la dame qui a une infection urinaire et... ben elle n'y peut rien donc il faut qu'on puisse la soigner aussi. Donc là on a tendance à se les rajouter, à doubler des consultations etc. Si on peut éviter ça. » (E11).*

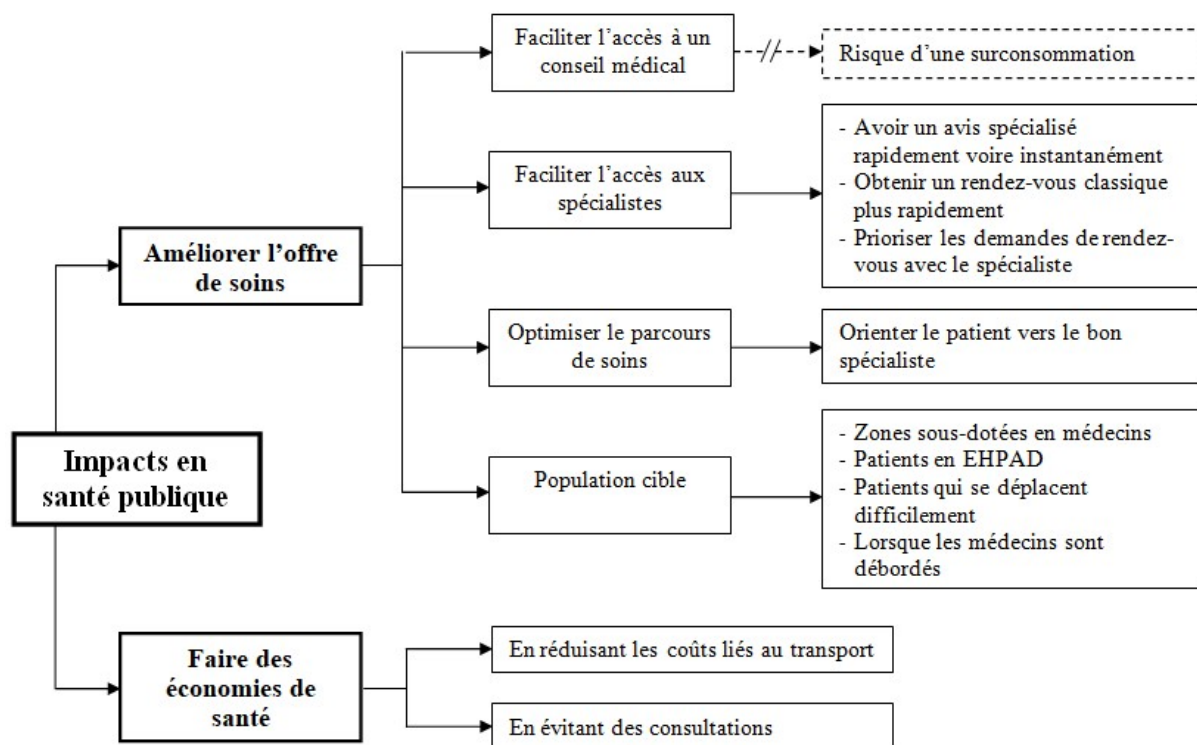
2. Faire des économies de santé

« C'est évident. Tout ce qui est circuit court, numérique, à terme, fait faire des économies. » (E8).

Les médecins estiment que la télémédecine permettrait d'**engendrer des économies de santé** : *« Alors je ne sais pas combien ça coûte la télémédecine (rires). Je ne sais pas comment cela fonctionne. Je crois que cela peut engendrer des économies. » (E10).*

- **En réduisant les coûts liés au transport :** *« Tous ces papinotes [NR papis] qu'on fait aller pour des lésions qui pourraient être vues à distance, en ambulance, à je sais pas combien d'euros et que voilà. » (E7).*
- **En évitant des consultations :** *« Ça nous évite des consultations, ça fait gagner du temps, ça fait gagner de l'énergie à nous, aux patients, et de l'argent à la Sécu. » (E7).*

Tableau de résultats 10 : Impacts en santé publique



G. Besoins en pratique

Développer la télémédecine nécessite des changements dans l'organisation de sa pratique et du cabinet. Les médecins interrogés ont exprimé certains besoins.

1. Pallier l'absence d'examen clinique

« Ce qui me dérange, à la rigueur, c'est de ne pas voir de mes propres yeux, de ne pas toucher. C'est ça qui me dérangerait à la rigueur. Et du coup, je me dis que ça a un côté un peu incomplet parfois. » (E1).

Les médecins estiment que pour essayer de pallier le manque de l'examen clinique, il faudrait **disposer systématiquement d'un échange visuel** avec le patient : *« (...) si on a le patient devant soi, on peut apprécier aussi le degré de la douleur, un petit peu à travers lui, tout ça. Je pense à ce moment-là soit on se déplacera soit on le fera venir ou... vous voyez ce que je veux dire ? On va pas... voilà, je pense qu'il n'y a pas trop de risque quand même. Je ne pense pas. » (E10).*

Il s'agirait même d'**un des avantages par rapport au téléphone** : *« La première partie du soin c'est l'écoute, les signes fonctionnels. Cette partie-là elle est toujours maintenue. Et... et le regard, l'observation, est maintenue. Heu... C'est... c'est un petit complément de la... de la consultation téléphonique. Heu... un petit peu plus... enfin, sûrement... vous me direz peut-être nettement plus, puisqu'il y a le... heu... l'aspect visuel. » (E13).*

Les téléconsultations devraient également permettre un **interrogatoire de qualité** :

« (...) moi j'attache beaucoup d'importance à l'interrogatoire. Et ça, il faudrait qu'on puisse le faire avec les personnes en télémédecine. C'est-à-dire au moins quelque chose d'interactif. (...) Parce que souvent, avec l'interrogatoire, on a fait 80% du diagnostic. » (E12).

« L'intervenant doit aussi avoir une sorte de grille au départ. Une grille un peu systématique pour poser les questions ad hoc etc. Pour avoir les informations les plus utiles et pertinentes. » (E8).

Enfin, certains médecins évoquent la présence d'**une personne qualifiée auprès du patient** (médecin, IDE,...) lors des actes de téléconsultation ou de téléexpertise : « (...) *pour moi il y a une infirmière par exemple, qui assure la validité un petit peu de la démarche. Elle est entre les deux.* » (E3).

Cela permettrait de **recueillir des éléments cliniques** : « *Ben que moi je puisse le faire devant une vidéo heu...avec le médecin en face quoi. Ce qui permettrait d'avoir... lui d'avoir un examen clinique fait quand même par un médecin qui a priori sait faire l'examen clinique. Heu... et heu... et le neurologue de le... de le voir sans avoir besoin de... voir le patient forcément en chair et en os.* » (E11).

Mais cela semble **compliquer l'organisation de l'acte** : « *Ce sont les RDV coordonnés qui sont plus compliqués à faire je pense.* » (E4).

2. Avoir un outil fiable et pratique

« *Si c'est... au lieu d'un courrier manuscrit, aller sur un truc rapidement et qu'en 30 secondes on ait accès au truc et... Voilà. Tout ce qui nous embête, nous, c'est les bugs informatiques, les ralentissements. Et c'est plus fréquent que... (...) Notre soucis c'est tout ce qui ralentit l'activité. Nous ce qu'on aime c'est que les choses soit lissées, claires, que ça enchaîne, qu'il n'y ait pas de... (rires). Voilà.* » (E8).

Pour faire fonctionner correctement la télémédecine, les médecins estiment qu'il faut :

- Une **technologie fiable** : « *Notre soucis c'est tout ce qui ralentit l'activité. Nous ce qu'on aime c'est que les choses soient lissées, claires, que ça enchaîne, qu'il n'y ait pas de... (rires). Voilà.* » (E8). Ils **craignent le « bug »** : « *Si on a un bug tout est foutu...* » (E3).
- Un **matériel performant** : « *Il faut un super matériel hein. (...) parfois les transmissions de photos, on les fait avec un portable et c'est pas toujours de bonne qualité.* » (E3).
- Un **support mobile** : « *Le problème c'est que par exemple si moi je... je n'ai pas la messagerie sécurisée dans mon téléphone, je ne peux pas l'envoyer directement de l'ordinateur parce qu'il faut prendre les photos, télécharger la photo de mon téléphone à l'ordinateur, après l'enregistrer et voilà. Si je suis avec quelqu'un qui a une douleur*

thoracique je ne vais pas m'amuser à faire tout ça. Peut-être créer un dispositif ou quelque chose qui nous permet aussi de façon plus rapide de transmettre heu... voilà. Je ne sais pas par exemple ici à la maison de la santé, c'est une idée hein. Une tablette ou quelque chose qu'on puisse utiliser tous mais qui a le programme dedans mais quelque chose qui soit en communication directe avec l'hôpital pour pouvoir échanger et... » (E9).

- **Synchroniser les différents logiciels informatiques :** *« Le problème c'est que déjà, chaque cabinet travaille avec son programme. (...) L'hôpital il a un autre programme complètement différent. Et c'est vrai que c'est heu... c'est compliqué que tout soit homogène. Du coup, nous, s'il faut travailler avec un outil extra, ils nous obligent à mettre beaucoup d'informations de nos patients dans un deuxième programme et vraiment c'est très long à faire. Il faudrait essayer de simplifier ça pour arriver à avoir un contact plus direct avec la télémédecine. » (E9).*
- **Améliorer le réseau :** *« Il faut une bonne connexion internet (rires). Ce qu'on n'a pas ici (rires). Non mais, ce n'est pas une blague. Il faut du réseau parce qu'ici, là, cette maison médicale est une cage de faraday (rires). On a dû mettre des répartiteurs et des trucs et des machins pour avoir un peu de réseau et faire 3 trucs. Donc des photos on peut faire, de la vidéo heu... même pas. » (E12).*

Ils pensent que les outils de télémédecine doivent **s'adapter aux besoins des différents cabinets** : *« Parce que ce n'est pas pareil de développer une télémédecine en ville qu'à la campagne. Alors heu... en fonction des besoins de chaque cabinet, de la population... » (E9).*

Le matériel informatique utilisé pour la télémédecine peut représenter un frein à son utilisation. Il est ressenti comme **compliqué à installer au cabinet** :

« Je pense que ce doit être très difficile pour un... un médecin généraliste de... du fait de l'équipement, du... de la maintenance » (E13).

« (...) s'il y a une pièce dédiée, effectivement ça bouffe de la place. Après à priori il fallait avoir quand même des écrans, des ordinateurs dédiés avec je sais pas... un logiciel pour faire tourner ça... » (E4).

Il est également perçu comme **compliqué à utiliser en pratique** : *« Je ne suis pas très à l'aise avec l'informatique, avec tout ça. Le téléphone ça me gonfle. Le téléphone c'est fait pour téléphoner quoi. Après j'y arrive, je le fais, je prends des photos (rires). » (E10).*

3. Adapter les correspondants à la demande

« *Peu importe la distance. Heu... Mais après, il faut que mon interlocuteur me dirige vers des correspondants locaux.* » (E2).

Dans leur utilisation de la télémédecine, les médecins semblent accepter **un correspondant inconnu pour leur donner un avis ponctuel** : « *Si c'est juste pour avoir un avis heu... de gravité si vous voulez, moi, si le spécialiste il est à Toulouse, Orthez ou n'importe heu... ce n'est pas grave.* » (E9).

Mais choisir des correspondants locaux pour pratiquer la téléexpertise semble important dans certaines situations et notamment pour :

- **Initier un suivi** : « *Si derrière il faut assurer un suivi et voir le patient, là c'est important. Surtout pour le déplacement du patient. Et surtout que des fois les spécialistes... il y a certains qui... Ben, en termes généraux, ils ont tous un peu le même avis mais la façon de faire ce n'est pas la même (rires).* » (E9).
- **Organiser des examens complémentaires** : « *Je peux demander un avis à un professeur parisien...Heu... Mais c'est évident que je n'irai pas faire faire des examens à mon patient à Paris, sauf si c'est un truc hyper pointu.* » (E2).
- **Prendre en charge des pathologies à risque de complications** : « *Il faudrait qu'il y ait quelqu'un à proximité surtout s'il y a des complications. Comme ça savoir que la personne elle peut aller à l'hôpital le plus proche, se faire hospitaliser et faire un suivi.* » (E9).

Les médecins préfèrent même pratiquer la télémédecine **avec les spécialistes référents des patients** : « *Quand c'est une pathologie chronique et que le patient est suivi par un médecin c'est toujours mieux d'avoir quand même le médecin qui connaît le patient parce que ben il va avoir tout l'historique.* » (E11).

Ils souhaitent **pouvoir organiser une consultation classique** avec ce praticien expert :

« *M : (Blanc)... (Blanc)... Oui, il me semble que ce doit être quelqu'un de proximité heu... déjà.*

I : Pour quelles raisons ?

M : Hum... De façon à ne pas rester dans la télémédecine justement. De ne pas... Il ne faut pas que la télémédecine remplace le... le... l'acte médical. Je ne vois pas heu... un correspondant à Bordeaux, un patient à Bedous heu... Je ne vois pas l'intérêt de... de ne pas voir le patient du tout. » (E13).

4. Bénéficiaire d'une aide financière

« Alors je ne sais pas combien ça coûte la télémédecine (rires). Je ne sais pas comment cela fonctionne. » (E10).

Quand on parle de télémédecine et de nouvel outil, se pose la question de l'investissement financier.

Les médecins interrogés pensent que débiter une activité de télémédecine représente un **surcoût** : *« C'est encore un surcoût, encore de l'investissement. » (E7).*

Ils **craignent d'avoir à assumer le coût seuls** : *«(Rires) C'est toujours pareil, les histoires de sous avec l'ARS et la Sécu... On promet plein de choses et après c'est à vous de vous débrouiller avec. Cela a un coût de fonctionnement... » (E4).*

Ils redoutent également le **manque de retour sur investissement** : *« (...) c'est encore un abonnement qu'il faut que je paye (rires). Et je ne sais pas ce que ça va m'apporter, en pratique. » (E12).*

Certains médecins aimeraient avoir une **aide financière publique** : *« Cela semblerait logique s'ils veulent le développer de nous donner des sous pour le mettre en place. Mais je ne sais pas s'ils ont pensé que ça va rentrer dans le cadre du ROSP [Rémunération sur objectifs de santé publique] avec l'amélioration... je ne sais pas ce qu'ils appellent là... pour le fonctionnement du cabinet. Si on monte ce genre de chose, ils vont donner quelques sous tous les ans pour heu... pour le faire tourner. J'imagine. » (E4).*

5. Rémunérer les actes de télémédecine

« On a besoin de reconnaissance... aussi financière. Je le dis mais alors d'une façon très décontractée (rires). » (E7).

Les médecins ont le sentiment que **leur travail n'est pas assez valorisé** :

« Tous les acteurs que je vois là dedans [NR PAACO/Globule], hormis moi, sont rémunérés pour être là dedans. Hein. En pratique (rires). C'est un peu... (Rires). Il n'y a que moi qui ne suis pas rémunéré pour faire ça en fait. » (E12).

« (M'interpelle) Sauf que ! On n'est pas rémunéré. Et tout le temps qu'on passe à faire des tas de choses : c'est peanuts. » (E7).

Ils estiment que la rémunération est **primordiale** :

« Ben je ne pense pas "si c'était rémunéré". Je pense que si on doit travailler comme ça, ça mérite une rémunération. » (E12).

Cette rémunération permettrait de :

- **Valoriser la complexité de l'acte** : « C'est un exercice qui est un peu compliqué pour nous aussi. Donc ça mérite aussi d'être évalué dans la rémunération. » (E11).
- **Valoriser le temps consacré** : « J'ai des amis aux Pays-Bas et il y a des médecins qui consacrent une heure de leur temps de travail à faire de la télémédecine, à regarder les photos de plaies, des choses comme ça. Et pour ça, ils sont rémunérés. Moi aujourd'hui je le fais mais c'est gratos. Donc oui, ça m'intéresserait. Ça pourrait être intéressant que ce temps de travail-là soit rémunéré oui. » (E12).
- **Rétribuer la responsabilité médicale engagée** : « Ça reste un avis médical. A priori heu... ça engage quand même ma responsabilité de faire ça heu... ça mérite d'être rémunéré. Ce ne sera pas un avis gratuit heu... comme ça. » (E11).

Les médecins interrogés pensent que cette rémunération pourrait prendre plusieurs formes. Certains pensent à une **rémunération à l'acte** : « Mais on peut imaginer que c'est une consultation. (...) A l'acte oui, ou... (...) peut-être pas un G... mais un acte heu... (Souffle)... » (E13). D'autres pensent plutôt à une **rémunération forfaitaire** comme les ROSP : « Oui ben une rémunération forfaitaire peut-être. Ça serait un peu comme le ROSP qu'on perçoit. Ça serait peut-être bien. » (E9).

Ils n'ont de tout évidence pas connaissance des récents textes de Loi encadrant la rémunération de la téléconsultation et de la téléexpertise :

« Si le fait de demander un avis doit être rémunéré, peut-être. Mais ce n'est pas demain la veille quand même. » (E2).

« Je crois que cela [NR la rémunération des actes de télémedecine] existe dans certaines conditions très particulières où il faut un équipement, voilà. Ça ne nous concerne pas. » (E7).

Enfin, plusieurs médecins **ne sont pas intéressés par la rémunération des actes de télémedecine** : « Je pense que beaucoup de médecins diront oui, moi je dirais non. Je m'en fiche. Je ne voudrais pas de rémunération en plus pour cela. » (E1).

Elle **compliquerait la facturation des actes** : « Non... non, je n'ai pas particulièrement de souhait de rémunération pour ces actes-là. Non car c'est compliqué déjà, voilà, les facturations... je préfère rester simple. » (E6).

6. Valoriser les pratiques actuelles

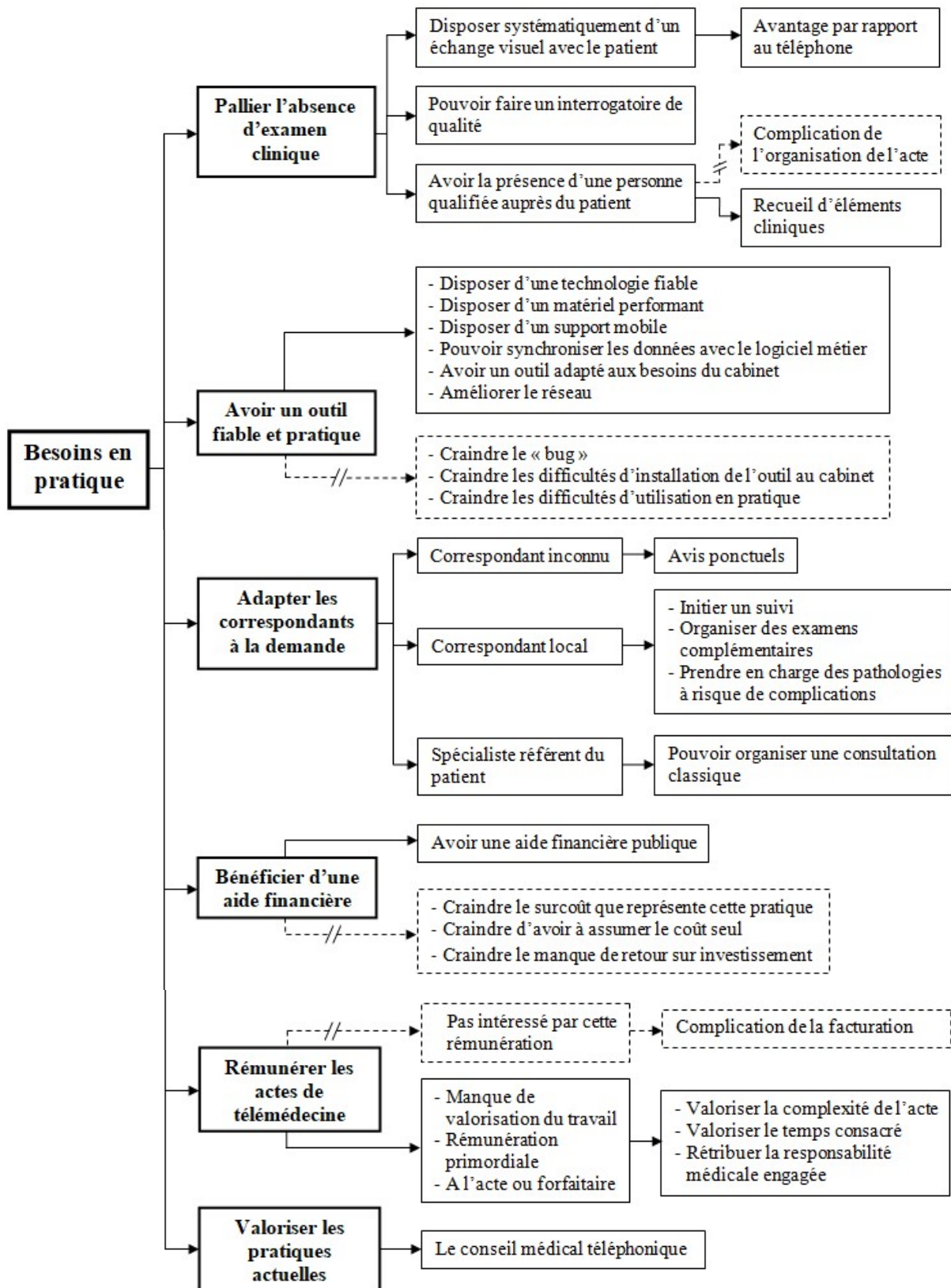
« (Interrompu par la sonnerie du téléphone, réponds, donne un avis sur une fièvre puis raccroche). Ça aussi c'est de la télémedecine (rires). » (E7).

Les médecins généralistes estiment que **le conseil médical téléphonique**, qu'ils pratiquent très largement aujourd'hui et depuis longtemps, peut entrer dans le cadre de la télémedecine. Et ils souhaiteraient que cette pratique soit valorisée :

« Alors bon, on est interrompu au moins 10 fois par jour pour des gens... suite à des prescriptions, des trucs, ... bon. Oui donc on donne le conseil médical. C'est la télémedecine quelque part. Voilà. Et gracieuse (rires). (...) Oui, on pourrait créer un cadre et qui ait une reconnaissance. (...) Ça reviendrait à... bon, à donner une reconnaissance à un acte qu'on fait gracieusement. (Souffle). » (E8).

« Ben parce que des fois on passe 10 minutes au téléphone alors qu'on est en consultation. Mais bon, on prend quand même le temps. Déjà celui en face il n'est pas très content. Et en fait des fois tu fais des consultations au téléphone. Elles sont jamais rémunérées (rires). Et t'as passé des fois beaucoup de temps. » (E10).

Tableau de résultats 11 : Besoins en pratique



H. Promouvoir la télémédecine

1. Des professionnels de santé mal informés

« On a entendu ça à la radio. Moi, je l'entends en tant que citoyenne si vous voulez (rires). » (E9).

Des médecins signalent avoir été approchés par des **entreprises privées** : « J'ai deux rendez-vous à venir là-dessus. Avec les Doctolib et Docmachin là. Nos agendas sur internet là. Parce qu'ils font de la téléconsultation. » (E12).

Ils reçoivent également des informations par les **médias** :

« J'ai vu des émissions à la télé comme ça où c'était bien organisé, où les gens se prenaient la tension tout seul... C'était pas mal ça. Je trouvais ça bien. » (E10).

« Sur ce que j'ai vite lu sur la Revue du Prat, ils parlent... heu... Il y a des plateformes... qui existent je crois hein. » (E5).

Mais beaucoup de médecins généralistes estiment **manquer d'informations à propos de la télémédecine** :

« Vu que je n'ai eu... vu qu'on n'est jamais venu vers moi pour une information à ce sujet heu... je dirais que ça manque un petit peu (rires). » (E11).

I : Personne n'est venu vous donner d'informations ?

M : Non. Nooon (rires) (lève les yeux au ciel).

I : Vous levez les yeux au ciel...

M : (rires). » (E7).

Pourtant, ils estiment que leur délivrer des informations est **nécessaire au développement de la télémédecine** : « Si on veut que ça se développe, il va falloir en parler (rires). Et plus que ça. » (E11).

Et ils **souhaiteraient être informés et formés** :

« On va recommencer car c'est moi qui vais vous enregistrer. Alors vous me dites que la télémédecine ça comporte ? » (E7).

« Je pense qu'il y a des méthodes. Je pense qu'avec de la formation, on pourrait apprendre à faire à distance d'autres choses. » (E12).

Etre mieux informés sur la télémédecine leur permettrait notamment d'**en discuter avec leurs patients** : « (...) je pense que ce sera à nous aussi, si on l'instaure sur le cabinet d'en faire. De... de l'expliquer à nos patients, d'en expliquer le principe pour que ça fonctionne tel que nous... d'une façon où nous on est à l'aise avec, pour que ce soit facile aussi pour les patients au sens inverse. » (E11).

2. Sensibiliser les médecins généralistes à la télémédecine

« Il faut qu'ils soient sensibilisés à l'intérêt de la télémédecine. (...) Ce n'est peut-être pas la peine de la proposer sur plein de thèmes, il faut en choisir quelques-uns qui sont porteurs, intéressants, et essayer de les développer et d'intéresser les médecins. » (E2).

Les médecins interrogés expliquent qu'il faudrait **éviter les réunions théoriques** : « On n'a pas beaucoup de temps, donc on veut des informations bien ciblées sur de la télémédecine adaptée, bien ciblées aussi qui pourraient nous servir. » (E3).

Ils souhaitent que **les responsables des projets locaux existants leur délivrent des informations** : « Ça devrait être normalement les structures qui sont en train de lancer le projet de télémédecine. Si c'est l'hôpital heu... un service en particulier, ça serait bien qu'on puisse faire peut-être une réunion avec heu... ville-hôpital comme ils appellent des fois, présenter le projet, voir les médecins qui ont envie de participer. » (E9).

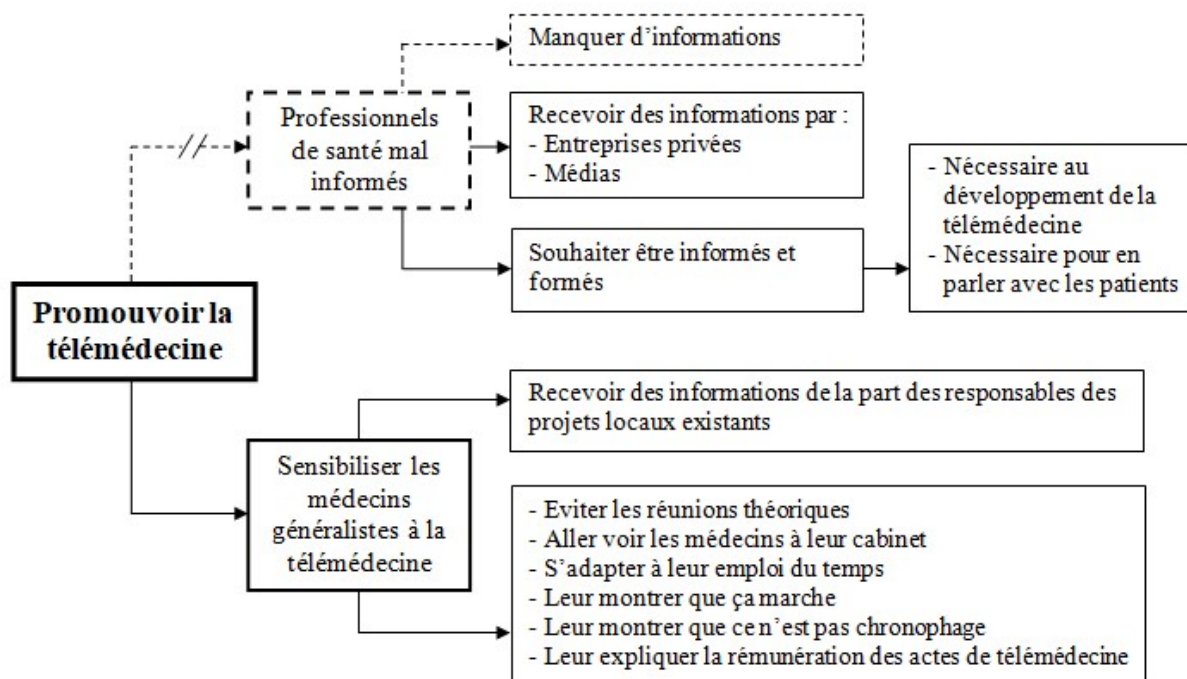
Selon eux, la promotion fonctionnerait mieux si les représentants des projets venaient **voir les médecins à leur cabinet** : « Parfois il suffirait qu'on vienne me faire une démo pour que, peut-être, je puisse adhérer au projet hein. Je ne suis pas un vieux grincheux. » (E5).

Il faudrait également **s'adapter à leur emploi du temps** : « Ouais, de toute façon on me l'a [NR PAACO/Globule] présenté en deux temps trois mouvements. Hein. Et puis c'est toujours pareil, en plein milieu d'une matinée de consultations où il y a du taf et peut-être un coup de téléphone ou deux. Donc heu... voilà. » (E5).

Les médecins interrogés expliquent que pour les convaincre de débiter une activité de télémédecine, il faudrait :

- **Leur montrer que ça marche** : « *Comment les intéresser ? Et bien c'est en leur démontrant que leur patient peut guérir plus vite, peut avoir des rendez-vous de consultation beaucoup plus rapides en télémédecine qu'en consultation standard, que ça va faire des économies pour la société. Moi je pense que ça, ça peut peut-être les sensibiliser. Et peut-être aura d'aussi bons résultats cliniques que s'il était allé en consultation directement au cabinet.* » (E2).
- **Leur montrer que ce n'est pas chronophage** : « *Ça m'intéresse si c'est... Voilà, si ce n'est pas un facteur de perte de temps. (...) si on me pond un outil plus pratique, bon je suis d'accord, mais qui n'occasionne pas de perte de temps supplémentaire.* » (E8).
- **Leur expliquer la rémunération des actes de télémédecine** : « *Je suppose que ce serait préférable qu'il y ait une valorisation si on veut le développer.* » (E13).

Tableau de résultats 12 : Promouvoir la télémédecine



I. Opinion globale

1. Des avis divergents

Alors que plusieurs médecins interrogés semblent **favorables au développement de la télémédecine** : « *Je n'ai rien contre la télémédecine, au contraire. J'aime bien ça. J'aime bien travailler avec mes petits écrans. (...) Parce que c'est vrai que c'est pas mal, c'est pratique, c'est tout ce qu'on veut.* » (E12).

D'autres sont clairement **réticents** au développement de cette nouvelle pratique : « *Je ne fais pas de projection concernant la télémédecine. Du tout. Si je l'imagine, heu... ben c'est, c'est pas forcément d'une manière positive.* » (E3).

2. Une fatalité

Certains médecins pensent que le développement de la télémédecine est **inévitable** : « *C'est l'avenir ! (Rires) Non, oui, c'est sûr... Je pense que ça va devoir s'imposer.* » (E8).

Cela serait en partie pour **pallier le manque de médecins** : « *Moi je suis persuadé que des médecins il y en aura de moins en moins, surtout en médecine libérale. Ben il va falloir s'adapter. Et comme je vous dis, je ne vois pas vraiment comment on va trouver d'autres solutions hein.* » (E5).

Mais ils ne l'acceptent que **par défaut** : « *Si on peut pas faire autrement c'est mieux que rien, on va dire.* » (E6).

3. Une nouvelle pratique à éprouver

Les médecins interrogés estiment que le développement de la télémédecine est **souhaité par les autorités publiques** : « *Ben, je crois que la Sécu commence maintenant à préparer les médecins à avoir des outils connectés.* » (E5).

Mais ils pensent que **son cadre n'est pas encore bien défini** : « *Je crois qu'en haut lieu on est en train de se chercher et du coup, nous, les derniers maillons de la chaîne, ben on se cherche aussi.* » (E7).

Selon eux **la télémédecine a besoin de temps pour se développer correctement** :

« *Je crois que c'est quelque chose de positif. Mais heu... Qu'il faut travailler encore beaucoup pour pouvoir bien la marier si vous voulez (rires) avec la pratique de médecin généraliste surtout éloigné de la ville. Voilà.* » (E9).

« *Pour moi c'est tout nouveau ce système-là... Donc heu... Il faut l'expérimenter.* » (E2).

4. Une solution imparfaite

Les médecins interrogés craignent que **trop d'espoirs soient fondés sur la télémédecine** :

« *Je ne voudrais pas qu'on en attende trop, qu'on fasse trop de pub sur la télémédecine, qu'on soit honnête dans sa présentation, qu'on dise qu'on débute, qu'on démarre et qu'il ne faut pas tout attendre de la télémédecine dans les mois ou peut-être même dans les années qui viennent.* » (E2).

Notamment s'agissant de pallier le manque de médecins :

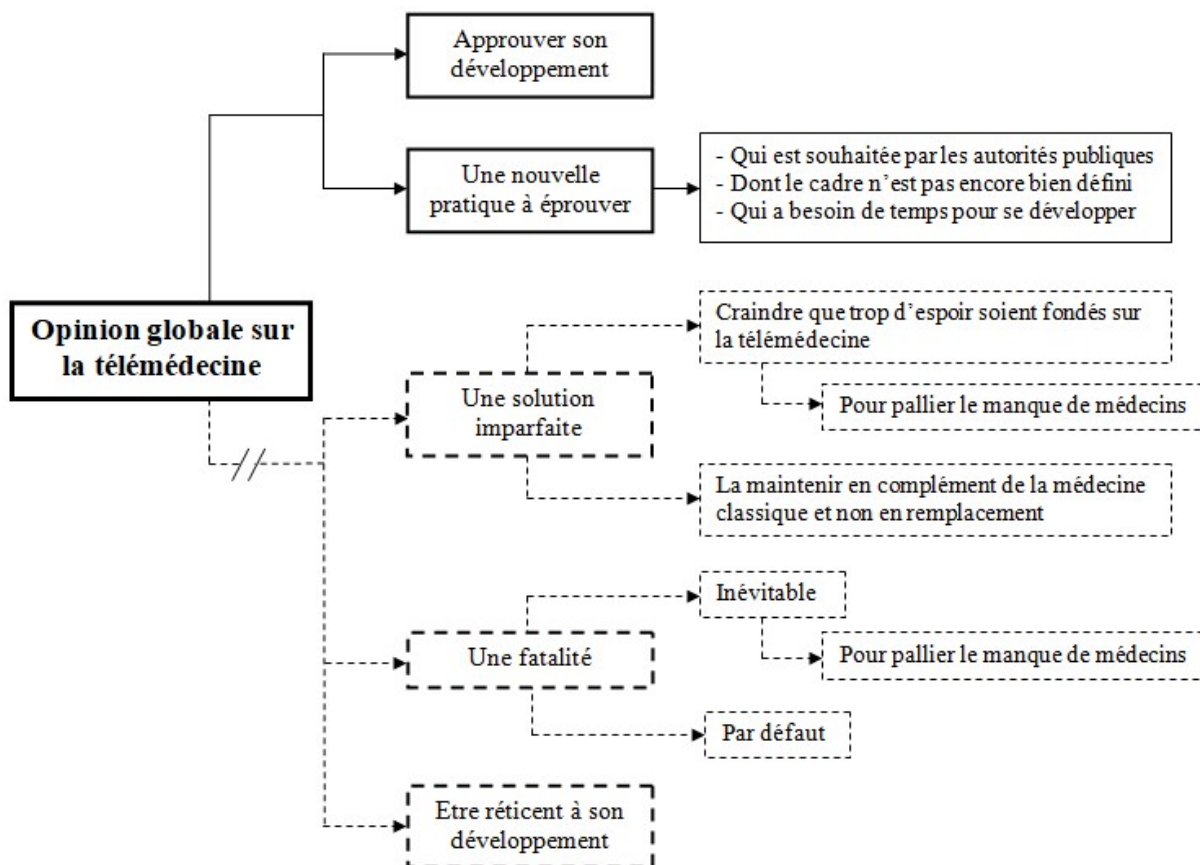
« *On nous présente ça comme le système qui risque de sauver la population de la désertification médicale et je ne suis pas certain que ce soit le moyen idéal.* » (E2).

Ils souhaitent et imaginent la télémédecine **en complément de la médecine classique et non en remplacement** :

« *C'est une médecine, comment dirais-je... (Blanc)... Pour moi c'est un complément à la médecine traditionnelle. Mais cela ne resterait qu'un complément. Cela ne peut pas être la médecine tout court quoi, enfin à mon avis voilà. C'est un complément, c'est tout, à la médecine que l'on pratique tous les jours.* » (E10).

« *Je pense qu'il faut que ça reste quand même bien balisé sur certaines choses et pas qu'on se mette à faire de la téléconsultation pour tout parce que... ben parce que la médecine ça ne peut pas être ça. Ou ça ne peut pas être que ça.* » (E11).

Tableau de résultats 13 : Opinion globale sur la télémédecine



IV. Discussion

A. Validité interne de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le ressenti de médecins généralistes après utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies de leurs patients en EHPAD et HAD.

- La méthode d'étude

Les travaux qui, comme le nôtre, ont interrogé les médecins généralistes sur la télémédecine ont le plus souvent utilisé des questionnaires dirigés (questions fermées) (24-26).

Pour cette étude, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels, semi-dirigés, à questions ouvertes. Ce type d'entretien favorise la mise en confiance de la personne interrogée, la liberté d'expression et l'approfondissement des idées.

La méthode par théorisation ancrée que nous avons utilisée pour l'analyse permet d'explorer le ressenti des personnes interrogées sans y appliquer de théorie préconçue et offre la possibilité à de nouvelles idées d'émerger. Elle est reconnue comme performante en analyse qualitative (27).

Cependant, les principes de l'analyse par théorisation ancrée sont complexes et leur mise en pratique n'est pas évidente. Cette thèse est notre première étude qualitative et nous sommes conscientes que le recueil et l'analyse des données sont influencés par notre manque d'expérience.

Ainsi, nous pensons avoir atteint la saturation théorique des données puisque les deux derniers entretiens n'ont pas relevé de nouveau thème, respectant ainsi les principes de la méthode par théorisation ancrée. Mais les résultats seraient certainement différents si les données de l'étude avaient été analysées par un nombre plus important d'investigateurs ou par des investigateurs aguerris.

- Biais de sélection

Les médecins généralistes interrogés dans les études déjà réalisées sur la télémédecine n'avaient, pour la plupart, jamais participé à un acte de télémédecine (24-26). Leur ressenti était donc basé sur des a priori.

Nous avons choisi d'inclure dans cette étude des médecins traitants de patients ayant bénéficié d'une prise en charge par téléexpertise. L'objectif était de recueillir le ressenti de médecins ayant été confrontés à cette nouvelle pratique médicale

Cependant, contrairement à ce que le cadre légal de la télémédecine prévoit, l'étude a révélé que les médecins interrogés n'avaient souvent pas été informés de la réalisation d'une téléexpertise pour leurs patients. Une partie des médecins interrogés n'avait donc aucune expérience en télémédecine. Il existe un biais de sélection et la population étudiée n'était pas entièrement conforme à l'objectif de départ.

Pour autant, avoir recueilli le ressenti de ces médecins mis à l'écart de l'acte de téléexpertise nous semble pertinent et ne diminue pas l'intérêt de l'étude menée.

Enfin, un des médecins interrogés était à la fois le médecin traitant d'un patient ayant bénéficié de la téléexpertise mais également le médecin coordonnateur d'un EHPAD partenaire du projet de téléexpertise. Son ressenti était donc influencé par son rôle de médecin coordonnateur et de membre de l'équipe soignante de l'EHPAD (il avait des codes personnels pour accéder au PAACO/Globule de l'EHPAD et faire la demande de téléexpertise lui-même).

- Biais de mémorisation

L'étude ayant été menée parfois 1 an après l'utilisation de la téléexpertise pour la prise en charge de leur patient, il existe un risque que le ressenti des médecins interrogés, notamment concernant la téléexpertise en plaies et cicatrisation de l'hôpital d'Orthez, se soit modifié.

- Biais d'investigation

La qualité de cette étude qualitative reposait, en partie, sur nos compétences d'investigatrices et notre neutralité lors des entretiens. Cela supposait poser des questions ouvertes, ne pas influencer la personne interrogée dans ses réponses et faire abstraction des données de la littérature.

Pour réduire le biais d'investigation et identifier nos a priori, nous avons mis par écrit, avant le premier entretien, ce que nous pensions mettre en évidence dans cette étude (annexe 8). Ce travail a également été réalisé par le directeur de thèse, le Docteur BIGOT.

Cette étude étant notre première expérience en recherche qualitative, nous estimons que les résultats auraient été différents si elle avait été menée par des investigateurs expérimentés. Nous considérons cependant que nos qualités d'investigatrices se sont améliorées au fur et à mesure des entretiens.

L'utilisation du guide d'entretien avait pour objectif de nous aider à mener les entretiens de manière pertinente. Cependant, ce guide d'entretien n'a pas fait l'objet d'une étude pilote pour mettre à l'épreuve la compréhension des questions et nous entraîner.

Afin d'augmenter la validité de cette étude nous aurions également pu soumettre les retranscriptions verbatim aux médecins interrogés pour vérifier la justesse des propos.

Enfin, une seconde étude par focus group aurait permis de confronter les résultats et assurer leur reproductibilité.

- Biais d'interprétation

Les données recueillies sont issues de la verbalisation d'expériences, de ressentis et d'opinions. Elles ne sont pas quantifiables.

L'analyse des retranscriptions est donc soumise à la subjectivité de l'investigateur. Le codage d'un même texte peut aboutir à des résultats différents selon la personne qui le réalise, le moment et le lieu où il est fait,...

Cette étude a été entièrement réalisée à quatre mains afin de réduire ce biais d'interprétation. Nous avons étiqueté et indexé thématiquement chaque retranscription individuellement et sans concertation puis mis en commun nos résultats. La suite de l'analyse s'est faite conjointement et nous avons discuté toute divergence d'interprétation jusqu'à trouver un consensus. Cette méthode de travail permet d'augmenter la validité interne de l'étude.

B. Discussion des résultats

1. Représentativité de la population étudiée

Nous avons interrogé 13 médecins généralistes béarnais.

L'âge des médecins était globalement représentatif de celui de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques puisque l'âge moyen de la population de notre étude est de 51,5 ans contre 51 ans dans le département en 2017 (28). L'âge moyen des médecins en France métropolitaine était de 53 ans en 2017 (28).

62% des médecins de notre étude avaient plus de 50 ans contre 62,8% dans le département (29).

Les proportions de médecins par tranches d'âges chez les moins de 50 ans entre notre étude et les données départementales sont comparables : 15% des médecins de notre étude avaient entre 30 et 39 ans contre 17,2% dans le département et 23% des médecins de notre étude avaient entre 40 et 49 ans contre 23,1% dans le département (28). Mais la population de notre étude comptait moins de médecins entre 50 et 60 ans (23% contre 35,4% dans le département) et plus de médecins âgés de plus de 60 ans (39% contre 27,4% dans le département) (28).

31% des médecins de l'étude sont des femmes contre 33,5% dans le département et 37,6% en France métropolitaine (28).

85% des médecins de l'étude exercent en groupe contre 61% au niveau national (30).

2. La téléexpertise en plaies et cicatrisation d'Orthez

La téléexpertise en plaies et cicatrisation : une pratique approuvée

Notre étude avait pour objectif d'évaluer le ressenti de médecins généralistes après utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies de leurs patients.

Nos résultats montrent que les médecins interrogés sont plutôt favorables à l'utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies, qu'ils aient participé à cet acte ou non. Des résultats similaires ont été retrouvés dans le travail de thèse de K. Rogowska publié en 2015 et intitulé « *Télédermatologie : usage et intérêt des médecins généralistes* » (31).

Pourtant, les travaux évaluant le ressenti des médecins généralistes sur la télémédecine retrouvent plutôt une réticence des médecins à développer cette pratique (24,32).

Nous pensons que les médecins généralistes sont particulièrement disposés à l'utilisation de la téléexpertise pour la prise en charge des plaies, d'une part, parce qu'il s'agit de pathologies très visuelles dont le diagnostic peut être posé à partir d'images (33,34). Et d'autre part, parce que les médecins généralistes semblent manquer de formation en plaies et cicatrisation (35,36). La téléexpertise en plaies et cicatrisation permettrait aux médecins généralistes de trouver plus rapidement un relais spécialisé dans les situations complexes.

Elle ne serait d'ailleurs que l'officialisation d'une pratique ancienne : les médecins généralistes envoient des demandes d'avis avec photos aux dermatologues et aux experts en plaies et cicatrisation depuis longtemps (37), mais de manière officieuse et non sécurisée.

L'utilisation de la téléexpertise ne permet cependant pas au patient de bénéficier d'un acte technique réalisé par l'expert. Et les médecins au pourtour d'Orthez considèrent que tant qu'une consultation classique dans un centre expert « plaies et cicatrisation » pourra être obtenue dans des délais raisonnables, la téléexpertise manquera d'intérêt. Mais la disponibilité de l'équipe d'Orthez est exceptionnelle et les délais de rendez-vous dans les centres experts sont le plus souvent beaucoup trop longs (38,39).

Parmi les médecins généralistes interrogés, peu avaient réellement participé ou suivi l'intégralité de la prise en charge par téléexpertise. Pour avoir un retour sur la qualité de ce type de prise en charge, il serait intéressant de s'entretenir avec les équipes infirmières des EHPAD et des HAD, véritables acteurs de la téléexpertise orthézienne. Ce type d'étude a déjà été mené dans d'autres régions (40). Il serait également intéressant de mener des études quantitatives sur le délai de cicatrisation, la consommation de matériel de pansements, les transports de patients évités,... comme cela a déjà été fait pour d'autres projets (17,19).

Une inquiétude : le facteur temps

Les résultats de notre étude montrent les médecins généralistes s'inquiètent de la charge de travail et du temps que pourrait demander l'utilisation de la téléexpertise.

Cette préoccupation est souvent retrouvée dans les études similaires (24,26,31). Et elle est compréhensible. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques datant de 2012 a montré que presque 80% des médecins généralistes travaillent au

moins 50 heures par semaine avec une moyenne hebdomadaire à 56 heures en zone urbaine et 60 heures en zone rurale (41).

La crainte de perdre du temps guide leurs exigences quant à l'organisation de l'acte de téléexpertise et l'outil utilisé.

Ainsi, les médecins généralistes souhaitent clairement que l'outil de téléexpertise soit adapté à leur pratique (24). L'outil PAACO/Globule semble être un bon outil de télécommunication interdisciplinaire comme cela a été montré dans le domaine des soins palliatifs à domicile en Gironde (42). Mais son utilisation occasionnerait une surcharge de travail pour les professionnels de santé (42). Et les médecins généralistes se méfient de la multiplication d'outils informatiques non synchronisés : ils souhaiteraient que le dossier-patient ait un format unique qu'on puisse partager et insérer dans les logiciels du cabinet, de l'EHPAD, dans PAACO/Globule,...

Parmi les médecins interrogés, peu avaient déjà utilisé PAACO/Globule dans le cadre de la téléexpertise en plaies et cicatrisation. Pour avoir un retour sur l'utilisation de cet outil, sur le formulaire de demande de téléexpertise ou sur la lisibilité du protocole envoyé par l'équipe experte, des études supplémentaires interrogeant les équipes infirmières et médecins coordonnateurs des EHPAD pourraient être menées.

Concernant l'organisation de l'acte de téléexpertise, le manque de formation des médecins généralistes en plaies et cicatrisation et leur emploi du temps pourraient expliquer le fait qu'ils acceptent facilement de déléguer la demande de téléexpertise aux équipes soignantes de l'EHPAD et d'être tenus à l'écart de la prise en charge des plaies de leurs patients.

Mais la délégation de la demande de téléexpertise pose la question de la responsabilité et de la compétence des soignants, à qui l'on ne confie habituellement pas les demandes d'avis spécialisé (43). Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier si les médecins généralistes seraient aussi enclins à déléguer une demande de téléexpertise qui concernerait une pathologie cardiaque ou neurologique. De même, accepteraient-ils d'être complètement tenus à l'écart de la prise en charge d'une insuffisance cardiaque ou de douleurs chroniques chez des patients qu'ils suivent depuis longtemps ?

La place du médecin traitant

Les médecins généralistes acceptent de déléguer l'organisation de l'acte de téléexpertise. Mais ils souhaitent rester informés régulièrement de la prise en charge de leurs patients. Cette exigence est légitime puisque la téléexpertise s'inscrit, en priorité, dans le parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant (44). Nous pouvons même rajouter qu'une demande de téléexpertise ne devrait être faite que sous couvert d'une responsabilité médicale.

La définition officielle de la téléexpertise est claire : elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux (...) » (4). On parle bien d'une demande faite par un « professionnel médical ».

De même, le Conseil National de l'Ordre des Médecins considère la téléexpertise comme une « réponse moderne à l'impératif déontologique de l'article 60 du Code de déontologie médicale » permettant de s'adapter aux contraintes de la démographie médicale (45). Ainsi, la téléexpertise devrait respecter les conditions émises par l'article 60 du Code de déontologie médicale qui établit que c'est le médecin qui « doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent (...) » (46).

Ce même article précise par ailleurs qu'« (...) à l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient » (46). Cette dernière exigence est également relevée par l'HAS (44).

Notre étude a montré que, parmi les médecins interrogés, beaucoup n'étaient pas au courant qu'une téléexpertise avait été réalisée pour leurs patients. Ce défaut d'information du médecin traitant soulève plusieurs questions médico-légales.

- Les équipes des EHPAD et HAD ont-elles été informées que l'accord du médecin traitant doit être recherché avant de réaliser une demande de téléexpertise ? Et essaient-elles systématiquement d'informer le médecin traitant avant de réaliser une demande de téléexpertise ?
- Lorsque le médecin traitant n'est pas à l'origine de la demande, le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou le médecin coordonnateur de l'HAD assume-t-il la responsabilité médicale de la demande de téléexpertise ?
- Le protocole proposé par l'expert n'ayant pas lieu de prescription, un médecin (traitant ou coordonnateur) établit-il systématiquement une prescription avant la mise en pratique du protocole de soins ?

- Le centre-expert communique-t-il systématiquement un compte-rendu de la téléexpertise au médecin traitant, même lorsque celui-ci n'est pas à l'origine de la demande ?
- Lorsqu'un compte-rendu est communiqué au médecin traitant, le moyen de communication utilisé est-il adapté ?

Des études supplémentaires sont nécessaires pour apporter des réponses à ces questions. Elles pourraient permettre notamment une amélioration de la formation du personnel soignant et une amélioration de l'outil PAACO/Globule afin de respecter au mieux le cadre médico-légal de la téléexpertise.

Adapter la campagne de communication et de formation

Les représentants du GIP ESEA se sont déplacés dans les EHPAD et les HAD pour présenter la téléexpertise en plaies et cicatrisation, installer la plateforme PAACO/Globule, délivrer des codes d'accès et former le personnel de la structure.

Les médecins traitants des patients de ces EHPAD et HAD n'ont pas été intégrés à ce processus. Ils ne possèdent pas de code d'accès à la plateforme PAACO/Globule des structures et la version de PAACO/Globule installée dans les cabinets libéraux ne permet pas d'avoir accès au formulaire de demande de téléexpertise. Les médecins traitants ne peuvent donc pas faire une demande de téléexpertise eux-mêmes.

Lors d'une réunion d'informations avec le GIP ESEA, nous avons également appris que les représentants chargés d'installer PAACO/Globule dans les cabinets libéraux béarnais promeuvent la coordination sanitaire, sociale et médico-sociale des soins via cette plateforme (47) mais n'évoquent pas spécifiquement l'existence de la téléexpertise en plaies et cicatrisation à Orthez.

Les médecins généralistes ne peuvent pas avoir accès au formulaire de demande de téléexpertise mais ils peuvent suivre les échanges entre la structure requérante et l'expert sur la plateforme PAACO /Globule de leur cabinet (si elle leur a été installée). En effet, la plateforme PAACO/Globule est propre à chaque structure (EHPAD, cabinet,...) mais le dossier d'un patient est unique et peut être retrouvé même s'il a été créé par un membre d'une structure différente.

Pour que le médecin traitant puisse s'informer du suivi du patient via PAACO/Globule, il faut que :

- La personne qui a créé le dossier-patient sur PAACO/Globule et qui a fait la demande de téléexpertise ait identifié le médecin traitant comme « intervenant » dans la prise en charge.
- Ou que le médecin traitant ait été informé qu'une demande de téléexpertise avait été faite et qu'il se soit lui-même identifié comme « intervenant » dans le dossier-patient sur PAACO/Globule

Nous pensons qu'une amélioration de ce fonctionnement est nécessaire afin de respecter le cadre légal de la téléexpertise et préserver le rôle de pivot central du médecin traitant.

D'une part, le GIP ESEA devrait délivrer des codes d'accès au PACCO/Globule de l'EHPAD aux médecins traitants des résidents afin qu'ils puissent être eux-mêmes à l'origine de la demande de téléexpertise.

D'autre part, il faudrait créer un verrou afin que la demande de téléexpertise, même si elle est renseignée par un IDE, ne puisse être envoyée qu'après signature électronique médicale (médecin coordonnateur ou médecin traitant).

Les médecins généralistes interrogés n'étaient parfois pas informés qu'une demande de téléexpertise avait été faite pour leur patient. Mais ils ne savaient souvent même pas qu'un tel projet avait été développé par l'équipe « plaies et cicatrisation » d'Orthez, alors que certains médecins exercent à 550 mètres de l'hôpital ou adressent régulièrement des patients en consultation classique à ce centre expert.

L'équipe « plaies et cicatrisation » avait proposé une réunion d'informations fin 2017, avant la mise en place du projet. Mais très peu de médecins y avaient participé et aucune campagne d'informations supplémentaire n'a été menée.

Les résultats de notre étude montrent que les médecins sont intéressés par cette nouvelle pratique médicale et ils sont demandeurs de davantage d'informations sur les projets locaux existants.

Une révision du plan de communication sur le projet orthézien nous semble indispensable. Il est grand temps d'informer et de former les médecins généralistes à l'utilisation des outils de télémédecine locaux.

Ces ajustements paraissent d'autant plus nécessaires que la téléexpertise devrait être autorisée pour tous les patients d'ici fin 2020 (48) et que l'équipe « plaies et cicatrisation », en lien avec le GIP ESEA, est en train de déployer la téléconsultation.

A l'occasion d'une réunion avec l'équipe « plaies et cicatrisation » et deux représentants du GIP ESEA, nous avons fait remonter ce défaut d'information des médecins traitants et les failles médico-légales du dispositif. Une révision de la promotion du projet et une modification des formulaires de demande de téléexpertise avec l'introduction des mentions « accord du médecin traitant » et « consentement du patient » ont été approuvées et sont normalement en cours.

Par ailleurs, la CPAM de Mont-de-Marsan dans les Landes, territoire d'expérimentation de PAACO/Globule, nous a signalé son intérêt pour les résultats de cette étude. Cet interlocuteur souhaite comprendre quels sont les freins à l'utilisation de cet outil et comment en assurer une meilleure promotion auprès des médecins généralistes libéraux.

3. La télémédecine

Des médecins généralistes mal informés

L'intégration de la télémédecine aux pratiques médicales ne semble plus faire débat au sein des autorités publiques nationales et européennes (49). Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie et le Ministère de la Santé promulguent des lois encadrant la télémédecine et mettent en place des stratégies nationales pour l'intégrer au système de santé. Les phases d'expérimentations sont aujourd'hui terminées. L'heure est au déploiement de la télémédecine (50). La pratique de la téléconsultation est accessible à tous les patients depuis septembre 2018 et la téléexpertise devrait tomber dans le droit commun à partir de fin 2020 (10).

Ces nouveaux actes doivent s'inscrire, en priorité, dans le parcours de santé du patient, coordonné par le médecin traitant (44). Et de nombreux rapports établissent que l'engagement des médecins dans les projets de télémédecine est important pour leur bon développement (51,52).

Pourtant, notre étude montre que, non seulement les médecins généralistes interrogés n'ont jamais entendu parler du projet de téléexpertise local, mais ils n'ont également que très peu de connaissances sur la télémédecine d'une manière générale et les textes l'encadrant. Ils ne connaissent pas les actes de télémédecine définis officiellement, ni le système de cotation, ni la répartition des responsabilités médicales. Les médecins généralistes de notre étude pensent encore que le cadre de la télémédecine n'est pas bien défini, que des expérimentations sont nécessaires pour l'éprouver et qu'aucun projet ne les concerne pour le moment. Ces résultats rejoignent ceux de nombreuses études (24-26,53).

Comment déployer largement la télémédecine si les médecins généralistes, pivots centraux de la prise en charge des patients, n'intègrent pas cette pratique dans leur exercice ? Et comment l'intégreraient-ils s'ils ne sont pas informés ?

Les données sur la télémédecine sont riches et accessibles. Et de grandes campagnes de communication numériques ont été lancées par le Ministère de la Santé pour promouvoir la télémédecine (54). Un jeu concours « Parlez-nous télémédecine » a par exemple eu lieu début 2019 et a mis en compétition plusieurs vidéos portant sur des projets existants de télémédecine (55). Le but : partager des expériences positives de télémédecine et les promouvoir de façon ludique.

Alors comment expliquer que les médecins généralistes manquent d'informations ? On peut se demander si les méthodes de communication utilisées pour promouvoir la télémédecine sont adaptées aux médecins généralistes.

Les médecins semblent recevoir une quantité trop importante de courriers et de publicités pour retenir toutes les informations (56). Et si on prend l'exemple de la téléexpertise en plaies et cicatrisation d'Orthez, malgré l'invitation à une réunion d'informations sur le projet et l'envoi par courrier d'un compte-rendu de téléexpertise, beaucoup de médecins interrogés n'avaient pas assimilé l'existence d'une téléexpertise en plaies et cicatrisation localement.

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude semblent pourtant intéressés par la télémédecine. Et beaucoup sont demandeurs d'informations. D'autres travaux de thèse révèlent cette curiosité et cette volonté d'être informés et formés (26,53,57).

Nous pensons que les médecins généralistes pourraient être réceptifs aux campagnes d'informations puisque, sans connaître les textes officiels et les projets actuels, les domaines d'applications possibles (dermatologie, cardiologie, psychiatrie,...) et les populations prioritaires (EHPAD, déserts médicaux,...) qu'ils évoquent, ne sont pas très éloignés des

objectifs prioritaires de l'Assurance Maladie et du Ministère de la Santé (58). Les souhaits qu'ils expriment ont souvent déjà une réponse, mais ils ne le savent pas (rémunération, population cible, spécialités concernées).

Ce sont les informations sur les projets locaux et les formations pratiques à l'utilisation de la télémédecine qui les intéressent.

Ils aimeraient qu'on leur montre que la télémédecine fonctionne et qu'elle est bénéfique pour leurs patients. Cela les inciterait à s'intéresser davantage à la télémédecine et à l'expérimenter. Et c'est dans la pratique qu'ils pensent découvrir l'intérêt de ce nouvel outil. Ce cheminement leur paraît indispensable pour envisager d'intégrer la télémédecine à leur activité libérale.

On retrouve cette dernière idée dans la littérature puisque les chercheurs en sciences humaines et sociales pensent que mener des études qualitatives sur les projets existants permettrait de valoriser les pratiques des acteurs de santé et favoriser leur appropriation des dispositifs de télémédecine (59,60). Les pouvoirs publics privilégieraient, quant à eux, les études quantitatives pour défendre les projets de télémédecine actuels (59).

Ces projets et ces études existent. Un grand travail de promotion auprès des médecins généralistes est à envisager pour les diffuser.

Après l'information, la formation. La télémédecine modifie les pratiques professionnelles et les acteurs de santé doivent être formés (43). La formation des professionnels médicaux prend la forme de diplômes universitaires ou de formations médicales continues (FMC) en collaboration avec la Société Française de Télémédecine (61). Elles sont indispensables au déploiement de la télémédecine.

Certains auteurs évoquent même la possibilité de créer des nouveaux métiers de la santé pour faciliter les actes de télémédecine : « médecin coordonnateur de télémédecine » ou encore « assistant de télémédecine » (26,43). Ces nouveaux métiers répondraient à une attente des médecins généralistes qui estiment que la présence d'une personne qualifiée auprès du patient lors de la téléconsultation améliorerait grandement la qualité de la prise en charge.

Il ne faut tout de même pas oublier que, de leur côté, les médecins ne s'informent pas.

Lorsque l'on demande aux médecins généralistes pourquoi ils ne s'informent pas davantage sur les nouvelles formes d'exercice médical, ils évoquent encore une fois le facteur temps. D'autres travaux de thèse retrouvent les mêmes résultats : les médecins généralistes sont très occupés et manquent de temps (24,26).

L'utilisation d'outils numériques semble également poser problème à certains médecins (53). Il est intéressant de signaler qu'une étude montre que l'utilisation du numérique n'est pas liée à l'âge mais plutôt au mode d'exercice (62). Ainsi, les médecins exerçant en maison médicale ou en cabinet de groupe trouveraient plus d'intérêt à utiliser des outils numériques que des médecins exerçant seuls.

Enfin, alors qu'aborder le thème de la télémédecine semble intéresser indifféremment toutes les générations de médecins (31), des études similaires à la nôtre confirment que les médecins se considérant en fin de carrière sont moins enclins à modifier leur mode d'exercice (24,31). On comprend alors que dans des rapports établis pour le Ministère de la santé, les auteurs conseillent l'intégration de la télémédecine aux programmes des facultés de médecine (63,64). Sensibiliser les plus jeunes à la télémédecine favoriserait davantage son déploiement que d'essayer de faire changer les pratiques des médecins proches de la retraite. Une unité d'enseignement concernant le numérique et les nouvelles technologies devrait être instaurée dès le second cycle des études médicales (65).

Nous espérons que notre étude aura permis aux médecins généralistes interrogés de recueillir un certain nombre d'informations sur la télémédecine et d'éveiller leur curiosité.

La téléconsultation en médecine générale : des indications restreintes

Deux freins à l'utilisation de la téléconsultation en médecine générale retrouvés dans nos résultats reviennent souvent dans les travaux de thèse qui interrogent les médecins généralistes :

- L'absence d'examen clinique qui majorerait le risque d'erreur diagnostique (24,25,66).
- L'absence de rencontre physique avec le patient qui altérerait la relation médecin-patient et déshumaniserait la prise en charge (24,25,31,66,67).

Une étude publiée dans le Revue du Praticien montre que les médecins généralistes pensent que, de la relation médecin-patient, dépendent : l'efficacité d'un diagnostic, l'amélioration de

la qualité de vie du patient et la bonne observance du traitement (68). On comprend alors facilement leurs préoccupations.

L'importance de la clinique et celle de la relation médecin-patient sont également rappelées par l'auteur d'un article paru dans la Revue de Médecine Interne : « *Aujourd'hui c'est encore par la seule clinique que se crée une "relation de soin" qui pourra être d'excellente qualité ou non. Cette relation est la base de la médecine clinique. Mais n'est-elle pas la base de toute médecine ?* » (69). Il craint que les évolutions sociétales, telles que « *l'ère du numérique* », « *l'adoration du progrès* » et « *la judiciarisation de la médecine* », n'affectent voire ne fassent disparaître la relation de soin et l'humanisme qu'elle doit impliquer (69).

Les médecins de notre étude pensent que la téléconsultation ne peut être qu'une pratique complémentaire à la médecine clinique traditionnelle. Un médecin sera toujours nécessaire, pour tout acte médical, même de télémédecine.

Ainsi, dans le travail de thèse de Mélodie Didier interrogeant des médecins généralistes lorrains sur la téléconsultation, seulement 36,6% y voient un avantage dans la lutte contre les déserts médicaux (25).

France Assos Santé, créé par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé pour diffuser « *la voix des usagers* », émet les mêmes réserves : « *La téléconsultation est un bon outil pour fluidifier le parcours du patient (...). Elle ne doit pas non plus constituer la seule réponse à la problématique des déserts médicaux.* » (70).

Les médecins généralistes de notre étude envisagent d'intégrer la téléconsultation à leur pratique, mais uniquement si elle est utilisée à bon escient c'est à dire :

- pour des pathologies qui s'y prêtent (pathologies aiguës non compliquées et dont le diagnostic ne nécessite pas d'examen clinique)
- dans des situations de difficultés d'accès à une consultation classique (médecins débordés (zones sous-dotées, période d'épidémie), patients se déplaçant difficilement, résidents des EHPAD,...)

Par ailleurs, ils envisagent la téléconsultation comme une régulation médicale à l'échelle du cabinet et non comme une réponse à la désertification médicale. Ils n'envisagent souvent pas de proposer une téléconsultation à un patient inconnu pour lui permettre d'avoir accès à un avis médical. La téléconsultation leur permettrait plutôt de proposer à leurs patients habituels un délai de prise en charge adapté à leur besoin de santé. La téléconsultation permettrait

d'éviter des consultations inutiles, de temporiser des consultations non urgentes ou, au contraire, de prioriser des demandes de consultations en présentiel.

Cette idée est en adéquation avec les textes encadrant la téléconsultation (10) :

- La téléconsultation doit respecter le parcours de soins coordonné : le patient doit avoir bénéficié d'au moins une consultation en présentiel avec le médecin consultant dans les douze derniers mois.
- La téléconsultation doit se dérouler en alternance avec une consultation en présentiel.
- Le recours à la téléconsultation relève de la décision du médecin qui doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face à face.

La condition liée à la connaissance préalable du patient par le médecin généraliste téléconsultant possède quelques exceptions : les patients de moins de 16 ans, les situations d'urgence (évoluant depuis moins de 8 heures et comportant une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme), les patients dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé, les patients ne disposant pas de médecin traitant désigné (10).

Concernant ces deux dernières exceptions, l'Avenant 6 de la Convention Médicale de 2016, publié en août 2018, prévoit la création d' « organisations territoriales de soins ».

Ces organisations territoriales font appel à des médecins volontaires du territoire, appartenant à des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des Equipes de Soins Primaires (ESP), des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé ou toute structure ayant fait l'objet d'une validation devant les Commissions Paritaires Régionales ou Locales (CPR/CPL). Elles doivent permettre aux patients, qui n'ont pas accès à un médecin traitant, de bénéficier de téléconsultations hors parcours de soins.

Les patients doivent pouvoir désigner un des médecins de cette organisation comme médecin traitant.

La liste des organisations territoriales localement habilitées à faire de la téléconsultation hors parcours de soins devrait être disponible auprès de l'Assurance Maladie, de l'ARS et des professionnels du territoire.

L'Avenant 6 exclut de ce cadre la prise en charge des actes via des plateformes commerciales. Il met en garde contre une médecine fondée sur des prises en charge ponctuelles sans notion de suivi global et d'orientation dans le système de soin (10).

Les médecins généralistes de notre étude parlent d'ailleurs d'un risque de surconsommation de soins. Ils craignent que la télémédecine ne facilite trop l'accès aux soins et conduise à une utilisation abusive de cet outil par les patients.

Un acte de télémédecine ancien mais non reconnu : l'appel téléphonique

Les médecins généralistes sont d'accord pour dire que les données visuelles apportées par la téléconsultation constituent un avantage par rapport au téléphone. Cependant, ils considèrent que, dans certaines situations, un appel téléphonique peut suffire dans leurs rapports avec les patients et qu'un outil plus élaboré n'est pas toujours nécessaire. Ils considèrent que ces appels téléphoniques sont une forme de télémédecine simple, rapide, ne nécessitant pas de changement au cabinet.

Ils expliquent également que le temps quotidien passé en conversation téléphonique avec les patients peut être important et n'est, pour le moment, pas rémunéré.

Ils souhaiteraient que le conseil médical téléphonique soit reconnu comme un acte de télémédecine puisqu'il engage leur responsabilité médicale et peut parfois aboutir à une prescription. Ils aimeraient qu'il soit valorisé par une rémunération forfaitaire ou à l'acte.

Le conseil médical téléphonique est également appelé téléconseil (59).

Pour l'instant, le téléconseil n'est pas reconnu juridiquement, l'Assurance Maladie exigeant l'utilisation d'un support vidéo pour donner lieu à un remboursement de l'acte de téléconsultation (10). Il est pourtant déjà proposé par des acteurs privés qui profitent du vide juridique (59).

Bien que ne faisant pas partie des cinq actes officiels de la télémédecine, le téléconseil s'inscrit quand même dans « *une forme pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ».

En octobre 2017, la Société Française de Télémédecine (SFT), le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), la Fédération des Etablissement Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) et UNICANCER ont publié un communiqué de presse pour l'entrée du téléconseil dans le cinquième acte de la télémédecine c'est-à-dire la téléassistance médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale d'urgence : « *le téléconseil médical personnalisé, hors urgence, est nécessaire aujourd'hui pour répondre à un besoin sociétal, et pour éviter le recours direct aux médecins de la permanence des soins organisée, aux Centres 15, ou aux services d'accueil des établissements* » (71).

La téléexpertise et la téléconsultation avec les spécialistes : des pratiques bienvenues

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude sont favorables au développement de la téléexpertise et de la téléconsultation avec les spécialistes. On retrouve des résultats similaires dans la thèse de Karolina Rogowska sur la télédermatologie (31).

Les médecins souhaiteraient que la téléexpertise facilite et accélère l'accès à un avis spécialisé. Mais également qu'elle simplifie l'obtention d'un rendez-vous de consultation en présentiel dans un délai adapté à la pathologie du patient.

Ils pensent également que la téléconsultation avec les spécialistes permet aux patients qui se déplacent difficilement de bénéficier d'une consultation spécialisée, à laquelle ils n'auraient pas eu accès sans télé-médecine.

Plusieurs études montrent, par ailleurs, que la télé-médecine permet de réduire les délais de prise en charge (17,19,72).

La fréquence des rapports entre médecins généralistes et spécialistes peut expliquer leur intérêt pour un outil facilitateur tel que la téléexpertise. En effet, une étude de la DREES menée en 2008 montre que 90% des médecins généralistes interrogés avaient eu des échanges par téléphone ou par courrier électronique avec des spécialistes dans les quinze derniers jours. Ces échanges avaient pour but d'obtenir un rendez-vous dans de meilleurs délais dans 25% des cas et de discuter d'une prise en charge dans 20% des cas (73).

Les préoccupations concernant l'évolution de la démographie médicale peuvent également expliquer les avantages que trouvent les médecins généralistes à la téléexpertise et à la téléconsultation spécialisée.

Une étude de la DREES publiée en 2009 prévoyait pour 2030 une baisse de 2,7% du nombre de spécialistes par rapport à 2006 (74). Mais les évolutions des effectifs seraient très variables d'une spécialité à l'autre. Les projections de cette étude prévoyaient une baisse d'effectifs de 32% pour les dermatologues ou encore de 13% pour les gastro-entérologues. Alors qu'elles prévoyaient une augmentation de l'effectif de 47% pour les neurologues ou encore de 13% pour les gynécologues-obstétriciens (74).

Dans son Atlas 2018 de la démographie médicale, le Conseil National de l'Ordre des Médecins s'inquiétait également des difficultés d'accès aux spécialistes.

Bien que les spécialités médicales connaissent un index de renouvellement générationnel positif à 1,21 (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus), cette étude révèle un accroissement des inégalités territoriales : la densité de spécialistes médicaux augmente de 2,7% dans les départements les mieux dotés alors qu'elle décroît de 2,5% dans les départements les moins dotés (75).

Concernant les chirurgiens, l'index de renouvellement générationnel à 0,95 signe un renouvellement insuffisant. La densité des chirurgiens dans les départements favorisés augmente de 4,9% alors qu'elle décroît de 6,1% dans les départements défavorisés (75).

Malheureusement, cette étude montre également qu'il existe un lien significatif et inversement proportionnel entre densité médicale départementale et proportion de la population ayant plus de 60 ans (75). Ainsi, les populations les plus en demande de soins sont aussi celles qui connaissent les plus grandes difficultés d'accès aux soins.

Mais toutes les spécialités ne pourraient pas se prêter à la télémédecine. La dermatologie (prise en charge des plaies), la psychiatrie, la neurologie et la lecture d'ECG sont souvent citées dans les études interrogeant les médecins généralistes (24,25).

Un déploiement limité par la technique

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude s'inquiètent du matériel nécessaire pour pratiquer la télémédecine. En effet, la qualité de la prise en charge en télémédecine dépendrait en grande partie :

- de l'interrogatoire et donc de la qualité de la télécommunication (du réseau).
- des données visuelles et donc de la qualité de l'image.

D'autres études que la nôtre retrouvent des résultats similaires : les médecins craignent que le matériel nécessaire à la télémédecine soit difficile à installer ou à utiliser et que le réseau actuel, notamment en zones rurales, ne soit pas suffisant pour une utilisation optimale des outils de télémédecine (25,76).

Des études menées sur des projets existants ont d'ailleurs montré qu'il pouvait exister un manque de synchronisation image/son secondaire à la qualité du réseau internet ou à la saturation des réseaux WIFI (26,77).

Il demeure encore, en France, des territoires, le plus souvent ruraux, qui se trouvent en zones blanches c'est-à-dire dans des zones sans réseau haut débit. Or la télémédecine aurait justement un intérêt dans ces zones, et non dans les grands centres urbains où l'accès au médecin est relativement facile.

En 2013, le gouvernement avait lancé le « Plan France Très Haut Débit » afin que l'ensemble du territoire bénéficie d'un réseau à très haut débit et d'une couverture mobile 4G d'ici à 2022. Fin 2016, 50% de la population en bénéficiait (78).

Les médecins généralistes de notre étude souhaitent également que les outils de télémédecine proposés puissent être synchronisés avec les données du dossier-patient du logiciel du cabinet. Le temps passé à retranscrire les données du dossier-patient serait un frein à l'utilisation des outils de télémédecine.

Ce souhait était également exprimé dans une étude interrogeant les équipes soignantes d'EHPAD utilisant la télémédecine. Elles critiquaient l'incompatibilité entre le logiciel de soins et le logiciel de télémédecine qui ne permettait pas d'exporter les données (79).

En attendant qu'une compatibilité entre les logiciels de télémédecine et les logiciels métier soit possible, beaucoup de sociétés de logiciels métier développent leurs propres applications de télémédecine (notamment de téléconsultation). Ces applications vont incrémenter directement les comptes-rendus de télémédecine dans les logiciels métier. Mais comme chaque structure fonctionne avec un logiciel différent, la possibilité d'échanges interdisciplinaires pourrait être réduite.

Les médecins généralistes sont en faveur d'une harmonisation des outils numériques. Celle-ci est d'ailleurs déjà entreprise par l'Assurance Maladie pour favoriser la création du Dossier Médical Partagé (DMP) avec la création d'une homologation « DMP-compatible » pour les logiciels métier (80). Un processus similaire devrait être engagé concernant les outils de télémédecine.

Enfin, la sécurité des données échangées en télémédecine fait également partie des préoccupations des médecins. Ils craignent la récupération malveillante des données du dossier-patient.

La sécurité des données est encadrée par la Loi (81). Pour faciliter la compréhension de ces textes, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a édité un guide pratique concernant les données personnelles des patients, permettant ainsi aux médecins de vérifier les points essentiels de sécurité des outils numériques (82). La CNIL reprend également ces informations sous forme de questions-réponses sur son site internet (83).

Un déploiement limité par des préoccupations financières

Les médecins généralistes de notre étude craignent que les investissements financiers nécessaires pour démarrer une activité de télémédecine soient trop importants et que cette activité manque de rentabilité si elle n'est pas correctement rémunérée. Ils estiment qu'une aide financière publique serait souhaitable pour démarrer cette activité.

De nombreuses études vont dans ce sens : le coût d'installation de l'outil et l'absence de rémunération des actes de télémédecine sont des freins au déploiement de la télémédecine (25,26,53,57,67).

Ces préoccupations financières ont déjà des réponses. Mais les médecins généralistes ne les connaissent pas.

D'une part, la téléconsultation et la téléexpertise sont actuellement rémunérées comme expliqué dans l'introduction de ce document.

D'autre part, depuis la Convention Médicale de 2016, des aides existent pour permettre au médecin de moderniser son cabinet. Il s'agit du « forfait structure » : « *une aide financière pour faciliter la gestion quotidienne du cabinet* » (84). Il fonctionne selon des indicateurs fournissant un nombre de points. Au total du nombre de points correspond une somme allouée, avec un maximum de 5000 euros environ. Ces indicateurs concernent l'équipement du cabinet (informatisation, équipement de vidéotransmission sécurisée,...) et les démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients. Une liste des équipements connectés relevant du forfait structure a été établie par l'Assurance Maladie (85).

Enfin, alors que les préoccupations financières à l'échelle du cabinet sont un frein au développement de la télémédecine, les médecins généralistes pensent qu'un des avantages de la télémédecine est de réduire les coûts de santé. Cette nouvelle pratique permettrait de faire des économies en santé grâce à la réduction du nombre d'hospitalisations (86), la réduction des frais de transport (87) et des soins plus adaptés (17).

Pourtant, une méta-analyse publiée en 2017 ne retrouve aucune réduction significative des coûts en santé avec l'usage des technologies numériques dans les pays développés (88).

V. Conclusion

La télémédecine est en plein essor. Elle est déployée en France, et dans toute l'Europe, pour répondre aux défis actuels tels que l'augmentation de la demande de soins en lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation des inégalités territoriales d'accès aux soins.

Les médecins généralistes ne sont pas réticents à la télémédecine mais ils s'interrogent et expriment des attentes et des craintes auxquelles il convient de répondre. Pour l'instant, les informations qu'ils possèdent sont insuffisantes pour leur permettre d'envisager l'intégration de la télémédecine à leur pratique.

Véritable révolution dans leur exercice et parfois même dans leur conception de la médecine, des campagnes d'information et de formation sur la télémédecine sont indispensables pour permettre aux médecins généralistes de s'approprier ce nouvel outil, et ce, dès leur formation universitaire.

Outre ces efforts communicationnels, l'exemple de la téléexpertise en plaies et cicatrisation du Centre Hospitalier d'Orthez permet de rappeler que les projets actuels et à venir ne doivent pas négliger le rôle de pivot central du médecin généraliste. Il est au cœur du parcours de soins coordonnés et ne peut être laissé à l'écart des actes de télémédecine.

Enfin, il existe actuellement un véritable défi technique et numérique afin que l'ensemble du territoire français puisse avoir accès à un réseau adapté à la pratique de la télémédecine. En effet, ce sont souvent les zones sans réseau, isolées, qui auraient le plus à espérer de cette pratique.

Mais si la télémédecine est considérée comme un vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, elle n'a pas pour vocation de remplacer la médecine clinique habituelle. Elle lui est complémentaire.

Bibliographie

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 78.
2. Code de la santé publique. Article L6316-1.
3. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.
4. Code de la santé publique. Article R6316-1.
5. Salles N. Pourquoi développer la télémédecine en EHPAD? In: Télémédecine en EHPAD : Les clés pour se lancer. Brignais: Le Coudrier; 2017. p. 63-84.
6. Simon P. Télémédecine, santé connectée, éthique numérique : enjeux de la médecine au XXIème siècle. In: Poirot-Mazères I, editor. Santé, numérique et droit-s. Toulouse: Presses de l'université Toulouse 1 Capitole; 2018. p. 133-50.
7. Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 36.
8. Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Article 91.
9. Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.
10. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
11. Insee. Tableau de l'économie française [Internet]. Montrouge: Insee; 2018 [Consultée le 30 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#tableau-T18F032G1>
12. DREES. 728000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 [Internet]. Paris: DREES; 2017 [Consulté le 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
13. CNSA. Etude comparative des résultats issus des coupes validées en EHPAD (2011, 2007-2011) et en USLD 2011 [Internet]. Paris: CNSA; 2012 [Consulté le 30 juin 2019]. Disponible sur: http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/etude_comparative_des_resultats_issus_des_coupes_validees_en_ehpad_et_en_usldv2.pdf
14. Assurance Maladie. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2015 [Consulté le 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Ameliorer_la_prise_en_charge_d_es_plaies_chroniques.pdf

15. Brem H, Maggi J, Nierman D, Rolnitzky L, Bell D, Rennert R et al. High Cost of Stage IV Pressure Ulcers. *Am J Surg.* 2010;200(4):473-7.
16. Pham B, Stern A, Chen W, Sander B, John-Baptiste A, Thein H-H et al. Preventing pressure ulcers in long-term care: a cost-effectiveness analysis. *Arch Intern Med.* 2011;171(20):1839-47.
17. Salles N, Baudon M-P, Caubet C, Dallay F, Chaleuil M, Magne S et al. Consultation de télé-médecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarres. *European Research in Telemedicine.* 2013;3(2):93-100.
18. HAS. Expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016 [Consulté le 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/rapport_experimentations_telemedecine.pdf
19. Téot L, Géri-Trial C, Lano J, Linet C, Cabrol M, Domp martin A. Domoplaies : coordination des plaies complexes en télé-médecine et fonctionnalités. *Revue francophone de cicatrisation.* 2017;4(1):53-7.
20. ARS Nouvelle-Aquitaine. Télé-médecine [Internet]. [Consulté le 2 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/telemedecine-5>
21. ARS Nouvelle-Aquitaine. Outil PAACO/Globule [Internet]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2016 [Consulté le 2 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>
22. ESEA. Paaco-Globule : l'outil E-parcours de la Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [Consulté le 2 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.esea-na.fr/programmes/paaco-globule-loutil-e-parcours-de-la-nouvelle-aquitaine>
23. Salles N. Télé-médecine en EHPAD : les clés pour se lancer. Brignais: Le Coudrier; 2017.
24. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télé-médecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Santé Publique.* 2016;28(4):487-97.
25. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2015.
26. Haller C. Médecins généralistes et télé-médecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
27. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1st ed. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. (Methodes en sciences humaines)
28. Assurance Maladie. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2019 [Consulté le 21 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php>
29. Le Département Pyrénées-Atlantiques. Présence médicale 64 : Un dispositif d'actions au service des médecins généralistes libéraux et de la population [Internet]. Pau: Le

Département Pyrénées-Atlantiques; 2019 [Consulté le 21 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.le64.fr/developpement/presence-medecale-64-des-medecins-pour-tous.html>

30. DREES. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. Paris: DREES; 2019 [Consulté le 21 juillet 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>
31. Rogowska K, Bronner C, Duong TA. Télédermatologie : usage et intérêt des médecins généralistes. *European Research in Telemedicine*. 2015;4(4):138-9.
32. Cypriani F. Télémédecine en 2014 : Enquête auprès des médecins libéraux français. Thèse de médecine, Strasbourg: Université de Strasbourg; 2014.
33. Brewer AC, Endly DC, Henley J, Amir M, Sampson BP, Moreau JF et al. Mobile applications in dermatology. *JAMA Dermatol*. 2013;149(11):1300-4.
34. Fox LP. Practice Gaps. Improving accessibility to inpatient dermatology through teledermatology. *JAMA Dermatol*. 2014;150(4):424-5.
35. Assayag L. Enquête de pratique sur la prise en charge des plaies chroniques auprès des internes de médecine générale de Lyon. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon 1; 2018.
36. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists. A review of the literature. *Arch Fam Med*. 1999;8(2):170-2.
37. Tesnière AM, Leloup P, Quereux G, Maillard H, Pédailles S, Kerever S et al. Avis dermatologiques à distance : enquête interrégionale. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. 2014;141(12, Supplement):S363.
38. Barthelat G. Étude descriptive de l'impact de la prise en charge des plaies chroniques par un centre plaie et cicatrisation sur le médecin généraliste et son patient. Thèse de médecine, Nice: Université de Nice; 2016.
39. Léger P, Latger S, Creach F, Lapeyrade FF, Cor A, Forgues F et al. Place des centres de plaies et cicatrisation dans la prise en charge des plaies chroniques. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 2015;27(5):271-80.
40. Delépine F. Quel est le ressenti des professionnels de santé en Indre et Loire sur la télémédecine en EHPAD, autour d'expériences en gériatrie, en gérontopsychiatrie de liaison et en dermatologie ? Thèse de médecine, Tours: Université de Tours; 2018.
41. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. Paris: DREES, 2012 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
42. Laurens A. Le rôle de coordination des soins du médecin traitant dans les prises en charge palliatives à domicile : l'application Globule® peut-elle être une aide ? Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
43. Esterle L, Mathieu-Fritz A, Espinoza P. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? *Revue française des affaires sociales*. 2011;(2):63-79.

44. HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019 [Consulté le 4 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
45. CNOM. La télé-expertise : un acte médical à reconnaître... et à rémunérer [Internet]. Paris: CNOM; 1999 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/7634140>
46. Code de déontologie médicale. Article 60.
47. ARS Nouvelle-Aquitaine. Plateforme territoriale d'appui (PTA). Document régional d'orientation et d'appui [Internet]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2017 [Consulté le 16 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PTA-document%20d%27orientation%20et%20d%27appui-Nouvelle%20Aquitaine-DEF.pdf>
48. Assurance Maladie. Téléexpertise [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2019 [Consulté le 13 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
49. Commission of the European Communities. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on e-Health. E-Health Action Plan 2012-2020. Innovative healthcare for the 21st century [Internet]. Bruxelles: European Commission; 2012 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/ehealth-action-plan-2012-2020-innovative-healthcare-21st-century>
50. DGOS. La télémédecine [Internet]. Paris: DGOS; 2019 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
51. ANAP. La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe [Internet]. Paris: ANAP; 2012 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=451985>
52. FIEEC, ASIP Santé. Etude sur la télésanté et télémédecine en Europe [Internet]. [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.fieec.fr/wp-content/uploads/2018/03/etude_telesante_fieec_asip_sante_28_mars-2.pdf
53. Lombardo F. La télémédecine en médecine générale: évaluation du point de vue et du ressenti des médecins généralistes. Thèse de médecine, Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2013.
54. Ministère des Solidarités et de la Santé. Promotion de la télémédecine [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 [Consulté le 16 juillet 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/promotion-de-la-telemedecine>
55. DGOS. Parlez-nous télémédecine [Internet]. Paris: DGOS; 2019 [Consulté le 16 juillet 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/parlez-nous-telemedecine>

56. Martin L. Des médecins pour coordonner les relations avec les libéraux. *Concours Méd.* 2010;12(132):494.
57. Mathieu S. La téléconsultation: l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes : étude qualitative sur la représentation de la téléconsultation à partir de 15 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes des Alpes Maritimes. Thèse de médecine, Nice: Université de Nice; 2012.
58. Simon P. Définitions et apports de la télémédecine en santé publique. *Actualité et dossier en santé publique.* 2017;(101):10-3.
59. Gaglio G, Mathieu-Fritz A. Les pratiques médicales et soignantes à distance. *Reseaux.* 2018;207(1):9-24.
60. Akrich M, Méadel C. Problématiser les usages. *Sciences sociales et santé.* 2004;22(1):14.
61. SFT. Formations [Internet]. Robertot: SFT; 2016 [Consulté le 25 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.sf-telemed.org/preacutesentation1.html>
62. Bucheron S. Quelles sont les attentes des médecins généralistes concernant leurs logiciels métiers en Ile de France ? Thèse de médecine, Paris: Université Paris 13; 2018.
63. Simon P, Acker D. Rapport : La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2008 [Consulté le 24 juillet 2019]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
64. Lasbordes P. La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être [Internet]. [Consulté le 24 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000539.pdf>
65. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Études médicales [Internet]. [Consulté le 17 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
66. Diallo AB. Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2013.
67. Lavaill L. Télémédecine: définition, applications et enquête auprès des médecins généralistes de Franche-Comté. Thèse de médecine, Besançon: Université de Franche-Comté; 2011.
68. Labarere J, Sarrassat L, Hauzanneau P, Moreau A, Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat.* 2004;674:1495.
69. Thomas M. Le médecin : le premier des médicaments essentiels. Plaidoyer pour la médecine clinique et la relation de soin. *La Revue de Médecine Interne.* 2016;37(9):577-8.
70. France Assos Santé. La téléconsultation [Internet]. Paris: France Assos Santé; 2018 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.france-assos-sante.org/publication_document/a-14-1-sur-la-teleconsultation/
71. SFT, CNOM, FHF, FHP, FEHAP, UNICANCER. Communiqué de presse : Télémédecine [Internet]. [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/communiqu/wy3u18/communiqu_commun_telemedecine.pdf

72. Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *Int J Med Inform.* 2010;79(11):736-71.
73. DREES. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié [Internet]. Paris: DREES; 2008 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
74. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Paris: DREES; 2009 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
75. CNOM. Démographie médicale et projet de loi « Ma santé 2022 » [Internet]. Paris: CNOM; 2019 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/demographie-medicale-projet-loi-sante-2022>
76. Balmy E, Morel X, Brajard N, Peters C, Chatelain F, Petryzyn M et al. Le déploiement de la télémédecine : enjeux, freins, leviers. L'exemple du cas breton [Internet]. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2018 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/mip/groupe%20n%C2%B014.pdf>
77. Gaborieau G. Ressenti des soignants avant et après la mise en place des téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2012.
78. France Très Haut Débit. Qu'est ce que le Plan France Très Haut Débit ? [Internet]. [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <http://www.francethd.fr/le-plan-france-tres-haut-debit/qu-est-ce-que-le-plan-france-tres-haut-debit.html>
79. Abraham M. Télésages. Freins et leviers à l'adoption de la télémédecine en EHPAD [Internet]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.academia.edu/28148668/T%C3%A9l%C3%A9usages._Freins_et_leviers_%C3%A0_ladoption_de_la_t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine_en_EHPAD
80. Assurance Maladie. DMP, tout ce que les professionnels de santé doivent savoir [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2019 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-tout-ce-que-professionnels-de-sante-doivent-savoir>
81. Décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel.
82. CNOM. Guide de protection des données personnelles [Internet]. Paris: CNOM; 2018 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/17ss6et/guide_cn timer _cnil_rgpd.pdf

83. CNIL. Télémédecine : comment protéger les données des patients ? [Internet]. Paris: CNIL; 2018 [Consulté le 23 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients>
84. Assurance Maladie. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2019 [Consulté le 30 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
85. Assurance Maladie. Télémédecine : liste des équipements connectés retenus pour le forfait structure 2019 [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2019 [Consulté le 4 juillet 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/telemedecine-liste-des-equipements-connectes-retenus-pour-le-forfait-structure-2019>
86. Grabowski DC, O'Malley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare. *Health Aff.* 2014;33(2):244-50.
87. Wootton R, Bahaadinbeigy K, Hailey D. Estimating travel reduction associated with the use of telemedicine by patients and healthcare professionals: proposal for quantitative synthesis in a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:185.
88. Simon P. Bénéfices et risques des objets connectés en télémédecine et santé mobile. *European Research in Telemedicine.* 2017;6(2):47-57.

Annexes

Annexe 1 : Liste des structures partenaires du projet de téléexpertise en plaies et cicatrisation du CHO

Type de structure	Nom de la structure		Distance avec le CHO (km)
HAD	1	HAD d'Orthez	0
	2	HAD Nord Béarn (Thèze)	48
EHPAD	3	La Visitation (Orthez)	0,120
	4	Jeanne d'Albret (Orthez)	0,700
	5	Le Temple (Arthez de Béarn)	16
	6	Al Cartero (Salies de Bearn)	19
	7	Lastrilles (Salies de Bearn)	19
	8	Lou Casteig (Salies de Bearn)	19
	9	Saint Joseph (Salies de Bearn)	19
	10	Les Chênes (Artix)	20
	11	Coulomme (Sauveterre de Bearn)	22
	12	La Maison des Pionniers (Mourenx)	22
	13	Le Pré Saint Germain (Navarrenx)	24
	14	La Roussane (Monein)	29
	15	L'Arribet (Arzacq)	39
	16	Saint Pierre (Garlin)	60

Annexe 2 : Formulaire détaillé de demande de téléexpertise

FORMULAIRE DÉTAILLÉ

AVERTISSEMENT :

2 photos doivent accompagner la demande :

- une première prise à une distance de 1m (localisation de la plaie)
- une deuxième prise à 20 cm environ (utilisez idéalement une règle pour estimation de la taille)

Les deux photos doivent être déposées dans le journal de transmission du patient !

Photos jointes au dossier

Etablissement demandeur

Motif de la demande

- Consultation initiale
 Retard de cicatrisation
 Evolution défavorable
 Autre

Type de plaie

- Ulcère Escarre Pied diabétique Chirurgicale Traumatique Autre

Date de début des soins

Type de suivi

- 1ère demande Programmé Non programmé

Examen déjà réalisé ?

- Oui Non

Artériopathie

- Oui Non Je ne sais pas

DESCRIPTIF DE LA PLAIE

Exsudat

- Sec Faible Modéré Abondant

Saignements

- Oui Non

Odeur

- Oui Non

Douleurs

- Permanente Au retrait du pansement Pendant les soins A la mobilisation du patient

Décollement

- Oui Non

Contact osseux

- Oui Non

Etat de la peau péri-lésionnelle

- Normale Irritée Inflammatoire Macérée Eczématisée

Dimensions

Longueur	Largeur	Superficie	Profondeur
<input type="text" value="en cm"/>	<input type="text" value="en cm"/>	N/A	<input type="text" value="en cm"/>

Autre(s)

PROTOCOLE ACTUEL

Soins Locaux

Pansement

Détersion

Nettoyage de la plaie

Décharge / Contention / Compression / Matériel anti-escarre

Infectiologie

Type de prélèvement

Résultats

Antibio-thérapie reçue ?

Oui Non

Autre(s)

TRAITEMENTS ACTUELS

Anti-coagulants

Oui Non

Anti-aggrégants ?

Oui Non

Immuno-suppresseurs ?

Oui Non

Antalgiques ?

Oui Non

Autres

CONTEXTE CLINIQUE

Diabète ?

Oui Non

Pouls distaux ?

Présents Absents

Vaccin anti-tétanique (VAT) ?

Oui Non

Allergie(s) ?

Oui Non

Intolérance(s) ?

Oui Non

Tabac ?

Oui Non

Dénutrition connue ?

Oui Non

Déplacements seul ?

Oui Non

Autres antécédents

HTA, fonction rénale, maladies cardio-vasculaires, GIR, etc.

Commentaire libre

Difficultés de prise en charge, Problème de santé depuis le dernier avis, Autres problèmes rencontrés, etc.

Annexe 3 : Formulaire simplifié de demande de téléexpertise

FORMULAIRE SIMPLIFIÉ

AVERTISSEMENT :

2 photos doivent accompagner la demande :

- une première prise à une distance de 1m (localisation de la plaie)
- une deuxième prise à 20 cm environ (utilisez idéalement une règle pour estimation de la taille)

Les deux photos doivent être déposées dans le journal de transmission du patient !

Photos jointes au dossier

Etablissement demandeur

Motif de la demande

Type de suivi

1ère demande Programmé Non programmé

Type de plaie

Descriptif de la plaie

Douleur

Date de début des soins

Protocole et traitement actuels

Commentaire libre

Annexe 4 : Réponse de l'équipe « plaies et cicatrisation »

Nom : DN : Service :	CH ORTHEZ CONSULTATION PLAIES ET CICATRISATION	Dr : IDE : Date :	
OBJECTIFS THERAPEUTIQUES : <input type="checkbox"/> Soins de confort <input type="checkbox"/> Détersion <input type="checkbox"/> Granulation <input type="checkbox"/> Epidermisation <input type="checkbox"/> Réduction de l'œdème <input type="checkbox"/> Autres :			
DOULEUR : EN = ANTIBIOTHERAPIE : OUI/NON ALLERGIES : VAT : IPS : FACTEURS RETARD :			
Localisation			
Type de plaie			
Peau périlésionnelle			
Mesures : L, I, P, V			
Evaluation colorielle : Rouge, Jaune, Noir, Rose			
Soins de la plaie			
Pansement primaire			
Pansement secondaire			
Fréquence du soin et durée			
Contention			
PROCHAIN RENDEZ-VOUS :			
COMPTE-RENDU DE CONSULTATION :			
DATE			
Antalgiques			
Adaptation thérapeutique			
Antibiotiques			
Décharge			
Biologie			
Echo Doppler artériel			
Echo Doppler veineux			
Radiographie et TDM			
Prélèvement			
Consultation			
Constantes			
Compression			
Mesures :	Cheville G :	Cheville D :	
	Mollet G :	Mollet D :	
Bons de transport			
Commentaires			
COMMENTAIRES :			

Annexe 5 : Le guide d'entretien

Introduction

Bonjour,

Caroline ARTIGUEBERE (Ainhoa LASSERRE), interne de médecine générale (médecin généraliste remplaçante), thésarde.

Dans le cadre de notre travail de thèse, nous nous intéressons à une nouvelle pratique médicale : la télémédecine. Nous souhaitons étudier plus particulièrement le ressenti des médecins généralistes l'ayant utilisée.

L'année passée, ou en cours, un ou plusieurs de vos patients en EHPAD/HAD ont bénéficié de la téléexpertise développée par les gériatres d'Orthez pour la prise en charge des plaies.

Par le biais de cet entretien, nous allons explorer votre ressenti sur l'utilisation de cette téléexpertise et sur la télémédecine en général.

Notre échange va être enregistré. Il sera « anonymisé » et vous avez la possibilité de l'interrompre si vous le souhaitez. L'enregistrement ne sera conservé que pendant la durée de l'étude. Il sera ensuite détruit.

Cette étude a fait l'objet d'une demande d'autorisation au Comité National de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Questions

Question 1

Pouvez-vous me parler de la télémédecine et de votre expérience personnelle dans ce domaine ?

Question 2

Vous avez eu une expérience en télémédecine en utilisant la téléexpertise proposée par le CH d'Orthez. Comment l'avez-vous vécue ?

Sujets à aborder

Représentations de la télémedecine			
	Généralités	Définition de la télémedecine	
		Les 5 actes de la télémedecine	
		Projets régionaux	
		Communication (médias, ARS)	
	Intérêts / Risques	Temps/délai de prise en charge	
		Qualité des soins	
		Place du patient	
		Relation médecin/patient	
		Formation continue des professionnels	
	Spécialités envisagées en télémedecine		
	Attentes / Craintes		
Organisation de la téléexpertise			
	Mise en œuvre de l'acte	PAACO/Globule (connexion, utilisation,...)	
		Formation préalable à l'utilisation	
		Temps consacré	
	Place du médecin traitant	Implication dans le développement des projets	
		Initiative de l'acte	
		Prescripteur	
	Choix de l'expert	Partenaires de proximité / inconnus	
		CH ou CHU / praticiens libéraux ou cliniques	
	Aspects financiers		
	Rémunération de l'acte		
	Coût d'installation et utilisation des outils		
	Financement des projets		
Aspects juridiques			
	Responsabilité médicale		
	Sécurité, confidentialité des données		
	Accord du patient oral/écrit		

Outils grammaticaux

Questions ouvertes	Que pensez-vous de ... ?	Pourquoi ... ?
	Comment percevez-vous ... ?	Pour quelles raisons ?
	Pouvez-vous me parler de ... ?	De quelle manière ?
	Quel est votre ressenti sur ... ?	Comment ... ?
	Que pouvez-vous me dire concernant ... ?	En quoi ... ?
	Pouvez-vous me décrire ... ?	Quels aspects ... ?
	Comment changeriez-vous les choses ?	Quand ... ?
Quelles sont vos impressions au sujet de... ?	Combien ... ?	

Relances	<p>Qu'est-ce qui vous a amené à penser que... ?</p> <p>Quand vous dites que..., que voulez-vous dire / à quoi pensez-vous ?</p> <p>Qu'entendez-vous par... ?</p> <p>Quelles autres raisons ?</p> <p>Pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous pensez que... ?</p> <p>Pouvez-vous me donner un exemple ?</p> <p>Pourquoi suggérez-vous cela ?</p> <p>Pourquoi hésitez-vous ?</p> <p>Ainsi, selon vous...</p> <p>Si je comprends bien, vous pensez donc que...</p> <p>Cela semble vous déplaire...</p> <p>Vous n'avez pas l'air satisfait...</p> <p>Cela semble vous poser problème...</p>	<p>C'est-à-dire ?</p> <p>En quel sens ?</p> <p>Par rapport à quoi ?</p> <p>Dans quelle mesure ?</p> <p>A quelles conditions ?</p> <p>En quoi ?</p> <p>Sur quels critères ?</p> <p>Sur quel plan ?</p> <p>Dans quel cas ?</p>
-----------------	---	--

Données socio-démographiques

Age

Sexe

Mode d'exercice : seul / cabinet de groupe

Milieu d'exercice : rural / semi-rural / urbain

Informatisation du cabinet

Distance avec l'hôpital le plus proche

Distance avec l'hôpital d'Orthez

Formation en plaies et cicatrisation (DU, FMC,...)

Durée de l'entretien

Annexe 6 : Courrier aux médecins généralistes

Caroline ARTIGUEBERE
Ainhoa LASSERRE
Internes de médecine générale

Fait à Pau
Le 22/12/2018

Thèse de médecine générale

Bonjour,

Nous travaillons sur une thèse dont le but est de déterminer le ressenti des médecins généralistes après utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies de leur patient.

En effet, la télémédecine tend à se déployer. Et nous pensons qu'explorer et diffuser le ressenti des médecins généralistes l'ayant utilisée aura un impact sur le développement et l'utilisation de cette nouvelle pratique médicale.

Nous avons choisi de nous intéresser au projet de téléexpertise développé par l'hôpital d'Orthez dans la prise en charge des plaies des patients en EHPAD ou HAD. Et nous souhaitons plus précisément recueillir, au cours d'un entretien, le ressenti des médecins traitants des patients ayant bénéficié de cette téléexpertise.

Nous vous sollicitons car cette nouvelle pratique a été utilisée pour un ou plusieurs de vos patients.

Début 2019, nous souhaitons vous recontacter par téléphone afin de convenir avec vous d'un rendez-vous. Celui-ci nous permettra de réaliser un entretien semi-dirigé (questions ouvertes) pour recueillir vos impressions (environ 30 minutes). L'entretien sera enregistré mais rendu anonyme. Nous analyserons vos réponses a posteriori de manière qualitative et thématique.

Le directeur de cette thèse est le Docteur BIGOT, gériatre au centre hospitalier d'Orthez.

En espérant une réponse favorable de votre part,

Cordialement,

Ainhoa LASSERRE et Caroline ARTIGUEBERE

Annexe 7 : Retranscription de l'entretien 11

Femme

30 ans

Exercice en groupe

Cabinet informatisé

Milieu semi-rural

Distance de l'hôpital le plus proche : 12 km

Distance de l'hôpital d'Orthez : 44 km

Pas de formation en plaies et cicatrisation

Durée de l'entretien : 33'52''

I (interne/thésarde) : J'aimerais que vous me parliez de la télémédecine d'une manière générale et de votre expérience personnelle dans ce domaine.

M (médecin interviewé) : Alors heu... Moi mon expérience personnelle déjà en télémédecine il n'y a rien du tout ! (*Rires*). Heu... Parce que même le cas de... de mon patient, je ne savais même pas qu'ils avaient eu recours à ça. Puisque c'est à la maison de retraite qu'ils s'en sont occupés. Donc heu... Donc en fait c'est parce que vous m'avez proposé le sujet que j'ai su que ça existait heu... sur Orthez. Heu... Après je trouve que dans cette indication-là c'est-à-dire pour aider pour les plaies, pour avoir des avis... Ben c'est franchement bien ! Surtout quand on a des patients qui ne peuvent pas se déplacer et où on est un peu gêné, où il nous faut un avis un peu rapide heu... Je trouve ça... Ça a toute sa place en tout cas. Et ça va être franchement d'une aide un peu importante. Heu... Donc... Après la télémédecine plus en général... Heu... Ici il y a deux des médecins sur les quatre qui commencent à l'utiliser. Enfin, qui ont commencé à faire les démarches pour le faire. Hum... J'avoue que j'attends de voir ce que ça va donner (*sourit*). Je pense qu'il y a certaines consultations qui peuvent être bien, effectivement, et confortables et pour les patients et pour les médecins. Des consultations rapides qui ne nécessitent pas forcément qu'on les voit. Je pense à tout ce qui est infection urinaire chez la femme. Quand elles en ont déjà fait, qu'elles connaissent les signes, effectivement elles savent se reconnaître et heu... Donc ça peut dépanner parce que c'est des consultations qui vont très vite et des fois on n'a pas le temps de les caler alors que ça prend 5 minutes heu... comme ça. Donc pour elles c'est plus confortable et je pense que pour nous ça l'est aussi. Heu... Donc dans ce sens-là je pense que c'est bien. Je pense que

pour tout ce qui est heu... zones où l'accès au médecin va être vite loin ou vite compliqué heu... pareil ça va avoir sa place. Après heu... je pense qu'il y a un certain nombre de situations où c'est quand même mieux d'avoir son médecin en face qui peut nous examiner. Donc, ça ne remplacera pas TOUT. Je ne pense pas. En fin je n'espère pas en tout cas (rires). Ça ne remplacera pas toutes les consultations.

I : Justement, qu'est-ce que ça enlève ? Vous me dites que ça ne remplace pas, qu'est-ce qui manque ?

M : Hum il n'y a pas d'examen clinique qui peut se faire. On peut effectivement si c'est une plaie, si c'est un bouton, si c'est... on peut regarder effectivement avec une vidéo, avec une caméra. Là on peut. Heu... demander à un patient de s'examiner ou de dire clairement ce qu'il ressent des fois c'est un peu compliqué. Heu... et des fois ils ne sont pas très au clair ou ils ne savent pas vraiment décrire ou ils ne vont pas savoir faire. Heu... il y a des moments où on a besoin d'avoir le patient sous les yeux et sous les mains pour pouvoir en faire quelque chose.

I : Si je comprends bien c'est votre perception du patient quand vous l'avez devant les yeux et l'apport qu'a votre examen clinique qui manqueraient dans la télémédecine.

M : Pour certaines consultations où ça me paraît compliqué de faire que de la télémédecine. Mais...

I : Vous m'avez cité plusieurs heu... plusieurs cas dans lesquels ça vous paraissait envisageable. Quand vous me dites « des choses rapides », à part les infections urinaires, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viendraient à l'esprit ?

M : D'actualité : les renouvellements d'ordonnance d'allergie (rires). Quelqu'un qui est allergique, qui a juste besoin de renouveler son traitement, qui va bien par ailleurs... Pas vraiment d'indication à le revoir... à le voir en consultation. Heu... Je trouve que c'est surtout à ces deux cas-là. Heu... (soupire)... Qu'est-ce qui me vient d'autre dans l'instant ? Heu... (Blanc). Pas plus que ça. Ou éventuellement si ça peut dépanner un peu des gens qui viendraient en consultation pour un début de rhume ou qui auraient juste besoin de conseils au moins pour les 48 premières heures heu... pour savoir quoi gérer et quoi faire et quels sont les signes qui doivent les faire reconsulter vraiment devant un médecin. Effectivement ça peut

être un gain de temps et leur éviter de venir prendre un créneau de consultation alors qu'il n'y en a pas besoin. Peut-être simplement désamorcer un début de... où ils ne savent pas trop quoi faire. Peut-être que dans ces cas-là ça peut être utile aussi. On n'a pas forcément... voilà un enfant qui a de la fièvre depuis 12 heures (*souffle*), si on peut discuter avec le parent pendant 5 minutes juste pour le rassurer, voir l'état de l'enfant, juste comme ça. Parce qu'un enfant qui ne va vraiment pas bien, ça se voit. Heu... Et puis heu... donner les conseils aux parents, faire une petite ordonnance simplement Doliprane® en attendant et quelques conseils. Voilà, Ça peut peut-être suffire et éviter qu'il y ait des gens qui consultent pour rien. Parce qu'on va leur dire de revenir dans 48 heures si jamais ça ne va pas mieux. Voilà. Donc ça peut peut-être éviter des consultations inutiles dans ce sens là.

I : Une forme de régulation ?

M : Oui.

I : Comment vous le voyez ? Comment l'intégreriez-vous à votre activité actuelle ?

M : Heu... C'est là que c'est compliqué (*pires*). Heu... comment je l'intégrerais... Je pense avec des créneaux dédiés pour ça. Ou heu... ou effectivement il y a la facilité éventuellement que les gens puissent prendre rendez-vous directement, sans forcément passer par la secrétaire. Enfin... voilà. Heu... Et heu... voilà des petits créneaux à des moments de la journée où je sais que je suis plus dispo ou si par exemple j'ai une journée qui va être plus calme, ouvrir des créneaux si je peux pour ça, pour remplir ma journée si j'ai le temps. Heu... Voilà. Pour avoir un petit peu de disponibilité ou remplacer un peu les créneaux sans rendez-vous finalement.

I : Donc ça ce serait pour cette activité un peu de tri, régulation, temporeriser les consultations qui peuvent l'être...

M : Oui.

I : Dans votre rapport avec les patients qui ont des pathologies plus chroniques, est-ce que la télémédecine aurait un intérêt ?

M : (*Inspire*) Heu... (*souffle*)... Dans les patients plus chroniques... (*Blanc*)... Je ne saurais pas trop quoi répondre là dans l'instant. Je ne sais pas. Heu... J'aurais tendance di... j'aurais tendance à dire non a priori mais heu... (*soupire*)... Mais en même temps heu... il y a quelques cas je pense où... des gens qui connaissent bien leur pathologie, qui n'ont pas quelque chose de... juste une hypertension par exemple heu... et qui vont bien, qui n'ont pas d'autre antécédent par ailleurs. Bon, juste pour renouveler un traitement s'ils vont bien, éventuellement s'ils ont un tensiomètre à la maison qui nous permet d'avoir des chiffres. (*Inspire*) Bon, pourquoi pas. Peut-être que ça leur éviterait de revenir tous les 3 mois. Peut-être que ça serait un peu plus léger pour eux aussi. Ça ce serait à discuter vraiment et à voir comment ça évolue. Je pense que c'est plus une histoire que moi je ne serai pas forcément à l'aise et pas forcément suffisamment sûre de moi pour le gérer. Voilà.

I : Vous me parliez aussi des patients qui ont du mal à se déplacer ou des déserts médicaux. Est-ce que vous pourriez me donner un peu plus de précisions sur les populations cibles, pour qui il y aurait un intérêt à développer la télémédecine ?

M : Alors, pour moi, les patients qui sont déments en maison de retraite et que clairement, à qui on évite de faire des allers-retours heu... et où des fois on se retrouve un peu tout seul parce qu'on aimerait bien avoir des avis et... que ce soit pour un pansement, que ce soit pour un avis spécialisé, où il n'y a pas forcément... parce qu'on ne va pas faire des miracles sur ce genre de personnes mais pour avoir des conseils. Des fois, par téléphone c'est juste un peu compliqué. Si on a le médecin qui peut... pour lequel on peut faire des examens un peu en direct. Je pense que, par exemple le neurologue, ce serait sûrement plus facile pour lui heu... et pour nous ça nous permettrait d'avoir un... d'être sûrement un peu moins seul sur certaines... sur certaines situations. Donc vraiment voilà en maison de retraite c'est là peut-être que j'en aurais le plus besoin. Heu... dans les déserts médicaux... Alors nous on ne l'est pas suffisamment ici donc heu... je ne peux pas trop dire. Les gens se déplacent quand même assez facilement. Heu... et on a quand même les hôpitaux qui ne sont pas très loin et nous on est assez facile d'accès. Heu hum... Je pense à... je pense aux... enfin de ce que j'entends, des médecins qui ont des créneaux ultra-remplis, des consultations qui débordent, des gens qui viennent de loin... Et peut-être qu'avant... avant qu'ils se déplacent heu... pour peut-être pas grand-chose, d'avoir un système de régulation, comme ça de téléconsultation. Pourquoi pas. Si ça doit pouvoir les aider.

I : Donc la télémédecine faite avec les spécialistes, pour vous, a un champ d'action un peu plus riche que vous directement avec vos patients. Si je comprends bien.

M : Heu alors. Pour moi ça me servirait plus d'avoir accès comme ça à des téléconsultations avec des spécialistes pour moi, quand je suis en difficulté avec un patient que pour les patients par rapport au médecin généraliste ou moi par rapport juste à mes patients. Heu... ça va avoir une petite place mais peut-être que j'en ressens moins le besoin. (*Blanc*). Heu parce que je pense qu'on a suffisamment de temps à accorder encore au patient ici. Et... et du coup je... pense que ça a moins d'intérêt que des consultations qui sont très très pleines où... où c'est difficile de trouver des créneaux pour les urgences parce que tout est réservé une semaine à l'avance dans... dans les créneaux de consultations.

I : Vous me parliez aussi de... de rapidité. En termes de prise en charge quels sont les avantages de la télémédecine par rapport à une consultation classique ?

M : (*Blanc*)... Un gain de temps pour les patients qui n'ont pas trop de soucis et pour qui les consultations vont être rapides. Oui, effectivement, ça leur évite de venir jusqu'ici patienter en salle d'attente heu... heu... des fois quand on a du retard de patienter en plus heu... effectivement pour ça, pour eux ça va être bien. Pour nous effectivement des consult... il y a quand même des consultations qui sont rapides même quand les gens viennent ici et qu'ils ne nécessitent pas forcément une consultation. Donc, ça nous allège et ça nous libère des créneaux pour des patients qui auraient vraiment besoin d'être vus, voire plus de temps pour des patients qui en ont besoin. (*Blanc*)...

I : Et vous, dans votre activité quotidienne, en termes de gain de temps, d'efficacité, est-ce que vous pensez que la télémédecine peut être complémentaire ? Ou remplacer des choses que vous faites aujourd'hui en les optimisant ?

M : Hum... Alors. Moi je suis jeune installée donc heu... du coup heu... j'ai du temps et je suis disponible pour les patients, même pour les urgences heu... dans la journée donc heu... pour l'instant pour moi ça ne va pas avoir un gain de temps fantastique. Enfin... je n'en ai pas trop de bénéfice. Je pense qu'avec le temps peut-être que heu... ce sera plus le cas. Pour l'instant ça ne l'est pas. Heu... Et heu... Et votre deuxième question c'était ?

I : Savoir qu'est-ce que peut vous apporter professionnellement, à vous, la télémédecine ?

[Son téléphone sonne]

M : Excusez-moi.

I : Je vous en prie.

[Elle décroche, donne un conseil médical puis finit par proposer un rendez-vous de consultation à la personne dans une heure]

I : Que savez-vous des actes de télémédecine définis par l'HAS ?

M : Pas grand-chose (*rires*).

I : Pour quelles raisons ?

M : Parce qu'honnêtement ce n'est pas... ce n'est pas un sujet pour lequel je... auquel je me suis beaucoup intéressée. Heu on en a un peu parlé parce que ben j'ai deux de mes collègues qui s'y sont mis heu... mais là je vous dis c'est vraiment tout récent. Donc heu... Voilà. Je... Parce que moi ça ne... Je ne me sens pas forcément hyper concernée pour l'instant dans ma pratique. Et je ne savais pas que c'était suffisamment heu... développé, y compris dans l'accès au spécialiste, enfin ou les consultations pansements ou ce genre de choses. Je ne savais pas encore que ça existait ici. Je n'ai pas du tout eu d'informations à ce niveau-là.

I : Est-ce que vous pourriez m'expliquer un peu plus précisément pour quelles raisons ça ne vous intéresse pas trop pour le moment ?

M : Heu... Alors dé... J'ai choisi de faire médecine parce que j'aime bien voir des gens et j'aime bien m'occuper des gens en direct. Et que par téléphone heu... c'est plus compliqué, même si c'est avec une vidéo. Heu... Donc c'est... Et c'est quelque chose avec lequel je ne suis pas encore très à l'aise. Je préfère voir les gens. Heu...

I : Pour quelles raisons ? Relationnelles ou...

M : Alors il y a une partie relationnelle parce que je pense qu'on apprend beaucoup de choses en ayant les gens en face de soi. Heu... et ensuite parce que je pense heu... que j'ai encore besoin d'avoir un peu plus confiance en moi pour heu... pour pouvoir prendre... pour réguler comme ça ou être à distance.

I : Vous êtes en train de me dire que le fait de ne pas avoir le patient devant les yeux a un impact sur la qualité de la prise en charge que vous pourriez proposer ?

M : Heu... sur mon assurance quant à la prise en charge que je vais proposer oui. C'est plus par rapport à moi je pense parce que heu... je vais plus... enfin... heu si j'ai quelqu'un sous les yeux, mon interrogatoire il va évoluer en fonction de ce que je vois, en fonction de ce que je sens, en fonction de mon examen. Heu... ça me laisse sûrement un petit peu plus de temps que par consultation en... en télé-médecine. Heu... je pense que c'est plus pour me rassurer moi. Après heu... encore une fois peut-être que dans quelques années quand j'aurais pris un peu de... d'expérience, je ne dirai pas forcément la même chose. Mais pour l'instant là oui c'est plus moi qui ne me sens pas suffisamment sûre de moi pour faire ça.

I : Il y a d'autres raisons qui expliqueraient votre manque d'intérêt pour cette pratique ?

M : Heu... en tout cas c'est la principale que je vois pour l'instant. Heu après voilà, je suis curieuse de voir comment ça se passe pour mes collègues, ce qu'ils en ressortent comme bénéfiques pour eux, qu'est-ce qu'ils... comment ils trouvent ça. Et en fonction de leur retour je verrai pour me poser vraiment un peu plus la question. Et probablement parce que je pense qu'on va avoir à travailler avec ça de toute façon.

I : Je peux vous demander sous quelle forme ils comptent introduire la télé-médecine dans leur pratique ?

M : Heu alors avec une application et heu... et du coup les gens prennent rendez-vous en ligne, ils choisissent un motif de consultation qui sera prédéfini par heu... par les médecins. Heu... S'ils rentrent dans les cases, ben très bien, ils ont le droit de prendre... de vous de réserver un créneau de téléconsultation où ils ont... heu... en fonction des créneaux ouverts. Heu... Et si heu... s'ils ne rentrent pas dans les cases, ils peuvent faire une demande mais le médecin peut très bien leur dire « non je préfère vous voir en consultation ».

I : Qui vous a approché pour développer cette pratique ?

M : Je ne sais plus le nom de la... Heu... (*Blanc*)...

I : Un organisme public ? Un organisme privé ?

M : C'est Docavenue®. Je ne sais pas. Privé je pense.

I : Avez-vous reçu des informations heu... via les instances publiques ?

M : J'avoue que je n'ai vraiment eu aucune information.

I : Comment s'est déroulée la prise en charge de votre patient par téléexpertise ?

M : Alors clairement c'est la maison de retraite, et je pense que c'est le médecin coordonnateur de la maison de retraite qui a dû s'en occuper. Ou les infirmières. Je ne sais pas du tout parce que heu... moi... Je ne savais même pas que ça avait été fait. (*Rires*).

I : Que pensez-vous du fait de ne pas avoir été informée ?

M : Hum... Je suis un peu surprise parce d'habitude quand même ils me tiennent plutôt au courant. Heu... Alors est-ce que ça correspond à un moment où je n'étais pas là et c'est passé par un de mes collègues, c'est possible aussi. Heu... Après, je sais que les infirmières ont tendance à appeler quand elles ont des soucis donc si elles ont pu résoudre leur problème, s'il y a pu avoir une réponse à leur question et une prise en charge... C'est vrai que pour les pansements heu... je les laisse un peu maîtres. Elles m'appellent vraiment quand elles... Elles sont plus compétentes que moi pour les pansements dans la plupart des cas. Et elles savent très bien m'appeler quand elles sont débordées ou quand elles ne savent plus... plus gérer. Donc heu... si elles ont eu un secours un peu plus spécialisé moi ça me va bien. J'aurais bien aimé qu'elles me tiennent au courant. Mais heu... c'est plus... c'est plus ça la question. Mais parce que ça tombait sur un moment où je n'étais pas là, ça c'est possible aussi.

I : En dehors de vous informer, quelle place vous auriez aimé tenir au sein de ce processus de demande d'avis spécialisé à distance ?

M : (*Inspire*) Plus être tenue au courant de ce qui avait été fait, de... Je ne demande pas forcément à ce que ce soit moi qui initie le truc si... si elles en sentent le besoin et que heu... Ça ne pose pas de problème, je vais rarement m'opposer à ce genre de choses. Heu... Mais qu'elles me tiennent au courant que je sache ce qui a été fait, ce qui a été proposé, ce qui en a été pensé pour que heu... pour que ben si... pour que moi aussi je puisse rester actrice si... en fonction de ce que je vois et pour que quand moi je viens voir le patient je sois au courant de ce qui a été fait quoi.

I : Avez-vous connaissance de l'outil de télémédecine qui est utilisé pour cette...

M : Pas du tout.

I : Si je vous dis PAACO/Globule est-ce que ça vous parle ?

M : Absolument pas.

I : Vous n'avez jamais été approchée par...

M : Non.

I : ... par l'ARS pour cette plateforme ?

M : Non.

I : Et concernant la téléexpertise qui est proposée par l'équipe "plaies et cicatrisation" à Orthez, est-ce que vous avez reçu une information sur le développement d'un tel projet ?

M : Pas du tout (*rires*). Non. Je n'ai vraiment eu aucune information et c'est vous qui me l'avait appris donc heu... (*sourit*).

I : Est-ce que c'est le genre de...

M : Moi qui m'intéresse beaucoup ? Oui. (*Rires*). Oui parce que pour les plaies heu... j'ai eu une petite formation mais j'avoue que je ne suis pas contre un peu d'aide si jamais j'ai besoin. Ou en tout cas, rien que savoir que je l'ai sous le coude si jamais... si jamais il y a besoin.

I : Et est-ce qu'il y a d'autres pathologies ou d'autres spécialités pour lesquelles vous pensez que ce type de demande d'avis à distance serait intéressant à développer ?

M : Heu... La neurologie ça m'aiderait bien. Parce que c'est quand même... des choses qui restent... relativement spécialisées et sur lesquelles je pense que je suis... on n'est pas assez formé. Et que... du coup d'avoir un petit secours heu... sur savoir quoi faire pour ne pas faire n'importe quoi sur des pathologies qui sont... que l'on n'assume pas complètement. Heu... je pense à des patients parkinsoniens ou... qui vont avoir un traitement. Ce n'est pas forcément nous qui adaptons le traitement. C'est plus le neurologue. Donc, quand on se retrouve avec des patients qui ont ce genre de pathologies et qui sont en maison de retraite, qui se dégradent, si on peut continuer d'avoir un peu un avis comme ça sans avoir à trimballer les patients, c'est toujours mieux.

I : Et en termes pratiques, d'outils, comment vous verriez la chose pour une demande d'avis neurologique par exemple ? Qu'est-ce qu'il vous faudrait comme matériel, support ?

M : Ho ben avec un support de logiciel ou d'application qui me permette de... d'envoyer... d'avoir une... de pouvoir envoyer une question même si je ne demande pas la consultation dans l'instant bien évidemment. Mais que voilà dans les 48 heures j'ai une réponse heu... de quelqu'un qui a jeté un coup d'œil à ma question, éventuellement qui me reprogramme un rendez-vous heu... où on puisse discuter tranquillement heu... et éventuellement avec le patient d'organiser quelque chose. Mais heu... voilà, que je puisse avoir dans les 48 heures une réponse pour pouvoir avancer quoi.

I : Parce que ça, en pratique, on peut le faire par téléphone. Quel serait l'avantage apporté par la télémédecine ?

M : Heu... typiquement en neurologie de pouvoir montrer un bout de l'examen clinique.

I : Comment ?

M : Ben que moi je puisse le faire devant une vidéo heu...avec le médecin en face quoi. Ce qui permettrait d'avoir... lui d'avoir un examen clinique fait quand même par un médecin qui

a priori sait faire l'examen clinique. Heu... et heu... et le neurologue de le... de le voir sans avoir besoin de... voir le patient forcément en chair et en os.

I : On a parlé de dermatologie, de neurologie, est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viendraient à l'esprit ?

M : (*Blanc*)... Où il y aurait besoin de visio... de télémedecine... de voir heu... Non parce que... J'aurais bien dit tout de ce qui est psychiatrie mais heu... ça effectivement, ça peut se faire simplement par téléphone. On peut juste prendre un avis téléphonique. (*Blanc*)...

I : Tout à l'heure, on parlait de la relation entre vous et le patient, vous m'avez surtout parlé de ce que ça vous apporte, à vous, de voir le patient. Toute cette inspection en fait, ce ressenti qu'on peut avoir pour poser un diagnostic. Est-ce qu'en termes purement relationnels, la télémedecine va avoir un impact à votre avis ?

M : Heu... Oui parce qu'on perd un peu de la rencontre entre le médecin et son patient. Heu... et que... heu... Oui, pour moi... je... je ne vais pas avoir le même contact avec un patient si je l'ai devant moi et que je vais pouvoir vraiment être attentive à sa façon de se tenir, à sa façon de se déplacer etc. Que si je l'ai simplement en vidéo sur un écran qui va faire ça et heu... et... dans un... dans une atmosphère qui ne va pas être propice forcément heu... à un examen ou à une attention de ma part heu... autant qu'en consultation. Donc heu... voilà. Ça va jouer sur la relation.

I : Et la relation que vous avez avec les paramédicaux, les infirmières à domicile, est-ce que la télémedecine peut améliorer les choses ? Dans votre travail interdisciplinaire au quotidien ?

M : Heu... Alors avec les infirmières on se... je les ai facilement au téléphone donc heu... c'est que quand elles ont des questions heu... Et sinon c'est que souvent elles me demandent de venir voir le patient. Ça va être compliqué, ça va revenir un peu au même c'est-à-dire que si elles me demandent de... quelque chose d'un peu précis, je vais préférer aller voir le patient moi que de... que de lui faire faire éventuellement un bout d'examen ou... Et tout le reste, les constantes elles peuvent me les donner par téléphone heu... l'état général elle va pouvoir m'en dire quelque chose heu... Si c'est pour heu... un résultat de bilan heu... même chose je vais pouvoir lui répondre par téléphone. Donc heu... je suis... Peut-être que dans l'autre sens, elles, elles auront un bénéfice mais moi, par rapport à ça, je ne vois pas trop trop.

I : Si je comprends bien, vous me dites si je me trompe, à l'heure actuelle avec l'activité que vous avez, dans votre rapport direct avec les patients vous n'en ressentez pas le besoin parce que vous leur offrez... vous avez le temps de leur offrir une consultation classique et qui vous convient mieux...

M : Oui.

I : ... pour différentes raisons qu'on a évoquées. Avec les infirmières, les kinés, vos relations téléphoniques suffisent et un outil plus complexe ou un autre outil, vous n'en voyez pas l'intérêt non plus. Pour le moment, simplement, c'est avec certains spécialistes, pour une certaine population de patients qui ne se déplacent pas, si je comprends bien, où vous pourrez y trouver un bénéfice.

M : Pour l'instant, à l'heure actuelle, oui.

I : Si cette pratique médicale venait à se développer, est-ce que vous pensez qu'elle mériterait rémunération et comment vous voyez les choses ?

M : (*Blanc*)

I : Vous me disiez que vous étiez prête, à l'avenir, à consacrer des créneaux de téléconsultations avec vos patients pour faire une sorte de tri, de régulation, temporiser certaines consultations.

M : Ça reste un avis médical. A priori heu... ça engage quand même ma responsabilité de faire ça heu... ça mérite d'être rémunéré. Ce ne sera pas un avis gratuit heu... comme ça. Après comment être rémunéré, j'ai bien conscience qu'à partir du moment où on ne fait quand même pas déplacer le patient et où ça va durer heu... rarement un quart d'heure, on ne peut peut-être pas demander le même tarif que sur une consultation classique. Mais heu... mais en même temps c'est comme... c'est un exercice qui est un peu compliqué pour nous aussi. Donc ça mérite aussi d'être évalué dans la rémunération.

I : Donc, plutôt à l'acte si je comprends bien.

M : On reste toujours dans de « à l'acte », dans du « à l'acte » oui.

I : Parce qu'on pourrait imaginer sous une... par exemple on a actuellement les ROSP qui rémunèrent différentes choses au cabinet...

M : Oui. Je resterais sur une rémunération à l'acte.

I : D'accord. Vous venez d'évoquer le mot « responsabilité ». C'est vrai qu'on engage notre responsabilité dans une consultation. Qu'est-ce que vous pouvez me dire au sujet de l'aspect médico-légal à instaurer de la télémédecine en cabinet ?

M : Heu... (*Soupire*)... (*Blanc*)... C'est un peu compliqué alors que je ne la pratique pas... mais... de répondre à cette question. Heu... je ne saurais pas vraiment quoi répondre. (*Blanc*)...

I : Y a-t-il une différence de risques, une différence de responsabilité médicale entre un acte classique et un acte de télémédecine ?

M : Heu... je pense qu'il ne faut pas tomber dans le piège de ne faire que de la télémédecine et de... il y a quand même... hum... bon nombre de... de pathologies où on a besoin d'examiner les gens. On ne peut pas décider tant qu'on n'a pas examiné les gens. Heu... Donc heu... Donc il ne faut pas tomber dans ce travers-là. Après, il y a plein de petites pathologies effectivement où probablement que ça a une place et que ça va prendre sa place heu... et... et que à ce moment-là effectivement on... on a toujours heu... notre responsabilité dans le sens où il faut être quand même capable de dire, même si on a programmé d'abord un... une téléconsultation, de dire que non il y a quelque chose qui nous... qui nous intrigue et il faut quand même qu'on voit le patient. Heu... ça il ne faut pas le perdre de vue non plus. Mais heu... je pense que oui, je pense qu'il faut que ça reste quand même bien balisé sur certaines choses et pas qu'on se mette à faire de la téléconsultation pour tout parce que... ben parce que la médecine ça ne peut pas être ça. Ou ça ne peut pas être que ça.

I : Donc ce serait complémentaire.

M : Oui.

I : Je reviens sur le... sur le rapport au spécialiste. Donc là, par exemple, sur la dermatologie, l'équipe "plaies et cicatrisation" d'Orthez propose des avis. Est-ce que pour vous le choix du correspondant-spécialiste à qui vous vous adressez est important ?

M : Que ce soit tel médecin plutôt que tel autre ? C'est ça la question ? Heu... quand j'ai besoin d'un avis, il me faut juste quelqu'un qui est compétent dans le domaine pour pouvoir me répondre. Heu... Quand c'est une pathologie chronique et que le patient est suivi par un médecin c'est toujours mieux d'avoir quand même le médecin qui connaît le patient parce que ben il va avoir tout l'historique. Heu... Si je suis inquiète de quelque chose et que j'ai besoin d'un avis heu... tout ce que je veux c'est qu'on réponde à mon inquiétude et qu'on... qu'on me dise quoi faire, qu'on me guide. Heu... dès lors que ça dépend d'une spécialité, n'importe quel spécialiste est supposé pouvoir me répondre (*rires*).

I : Donc, dans l'urgence, peu importe ?

M : Oui.

I : S'il s'agit d'un... de suivre ou d'instaurer un suivi...

M : Là, c'est avec un référent. Mais comme on a un médecin traitant qui nous suit. Et comme quand on est malade, peu importe quel médecin on voit. C'est le même... le même parallèle.

I : Ok. Tout à l'heure, on disait que vous ne vous êtes pas informée, pour différentes raisons. Est-ce que... Que pensez-vous de la communication qui est faite autour de la télémédecine ? Qu'elle soit publique ou privée.

M : Heu... (*Rires*) Vu que je n'ai eu... vu qu'on n'est jamais venu vers moi pour une information à ce sujet heu... je dirais que ça manque un petit peu (*rires*). Heu... après heu... je n'ai pas non plus fait la démarche pour y aller donc heu... pour prendre des informations. Après, quand vous m'en avez parlé j'ai regardé, j'ai effectivement trouvé deux trois petites choses. Si on veut que ça se développe, il va falloir en parler (*rires*). Et plus que ça. Mais heu... Mais je pense que ce sera à nous aussi, si on l'instaure sur le cabinet d'en faire. De... de l'expliquer à nos patients, d'en expliquer le principe pour que ça fonctionne tel que nous... d'une façon où nous on est à l'aise avec, pour que ce soit facile aussi pour les patients au sens inverse. Voilà. Mais...

I : Vous disiez « s'il faut le développer, il va falloir qu'on en parle », c'est qui « on » ? Qui doit développer ? Qui doit s'impliquer ? Qui doit en parler ?

M : Heu... Ben là je pense que techniquement, il y a deux médecins qui s'y mettent dans le cabinet, heu... forcément qu'on va commencer à avoir... ils vont en parler à leurs patients, en disant « j'ai mis ça en place, si ça vous intéresse vous pouvez le faire ». Heu... Donc, on va avoir des questions qui vont arriver, le bouche-à-oreille va très bien fonctionner, ça je n'ai pas de doute (*rires*). Donc on va avoir des questions. A nous d'être tous d'accord, de voir si on le développe, si tous les médecins s'y mettent ou pas. La réponse sera non, je pense, mais heu... Heu... De voir qu'est-ce qu'on en fait, est-ce que... Moi décider aussi si je veux m'y mettre ou pas. Heu... et d'avoir une réponse à donner aux gens si... pourquoi je ne le fais pas. Heu... Voilà. Donc, oui, il va falloir qu'on discute au sein du cabinet pour informer nos patients... de comment ça fonctionne, de pourquoi on l'a mis en place et...

I : Vous-même, vous avez déjà des réponses à ces questions ?

M : Heu... Moi, par rapport à mon activité à moi, pourquoi je ne le mets pas en place ce... Ben, parce que j'estime que j'ai suffisamment de temps et que... voilà. Quand ils appellent dans la journée, ils ont un rendez-vous. La plupart du temps. Sauf grosse épidémie mais si non ils ont... Donc, je suis disponible pour les voir donc je ne vois pas trop l'intérêt de la télé... de la téléconsultation pour l'instant. Que globalement je n'en ai pas qui viennent de trop loin donc, a priori, ils peuvent se déplacer. Heu... que je ne suis pas fermée à l'idée et que peut-être que le jour où je serai moins disponible je m'y mettrai pour garder cette disponibilité pour mes patients qui me semble importante. Heu... hum... Je pense que c'est ça que je leur répondrai. Après heu... je leur dirai qu'effectivement j'ai deux de mes collègues qui sont disponibles pour ça, si à un moment ils en ont besoin ou s'ils ne sont pas disponibles. Et que je leur dirai comment faire, oui.

I : L'accès aux soins, via la télémédecine, pour vous, serait facilité ?

M : Dans certains contextes oui.

I : Quels contextes ?

M : Heu... ben quand nous déjà on est très plein c'est-à-dire quand c'est difficile de... les grosses périodes d'épidémies où on a peu de temps heu... voilà. Heu... la dame qui a une infection urinaire et... ben elle n'y peut rien donc il faut qu'on puisse la soigner aussi. Donc là on a tendance à se les rajouter, à doubler des consultations etc. Si on peut éviter ça et que du coup elle ne soit pas forcément exposée aux gastros qui circulent ou aux gripes qui circulent. Bon c'est... je trouve ça mieux aussi. Heu... Donc, oui, dans ce sens-là il faut... ça va permettre une meilleure accessibilité aux soins quand il y a besoin comme ça et que nous on est un peu débordés. *(Blanc)*...

I : Est-ce que vous auriez d'autres choses à me dire sur la télémédecine ? Sur ce que vous en attendez, sur la crainte que vous en avez, les points positifs/négatifs que ça peut apporter à l'avenir.

M : Heu... alors moi comme je ne me suis pas vraiment posée trop la question encore dessus je n'en ai pas forcément d'attente particulière. Je vous dis je suis plutôt dans l'attente de voir ce que ça va donner pour mes collègues et qu'est-ce qu'ils en ressortent eux comme bénéfices. Parce que, pour moi, je n'en ai pas pour l'instant mais peut-être que eux oui. Heu... Je n'en attends pas grand-chose pour l'instant, de la télémédecine. C'est quand même quelque chose que je laisse encore très à distance de ma pratique. Heu... Donc heu... Voilà. Ensuite heu... Ben non, je pense qu'on a fait un peu le tour de tout ce que je pouvais en savoir et de ce que je pouvais en dire. Heu... voilà. Mais je pense qu'il va falloir s'y intéresser et c'est quelque chose qui va prendre une certaine place dans notre pratique de la médecine ça c'est sûr. Heu...

I : Pourquoi, à votre avis ?

M : Parce que... Malgré tout je pense que c'est un accès beaucoup plus facile pour les gens et qu'on tend vers ça. Les gens c'est... c'est ce que les gens recherchent, hein. On a de plus en plus de secrétariats en ligne où on peut prendre rendez-vous y compris un dimanche après-midi pour le lundi. Heu... et c'est confortable hein. Moi la première, j'aime bien quand il y a ça heu... pour prendre mes rendez-vous parce que tout d'un coup ben quand heu... moi je me rends compte qu'il faut que je prenne un rendez-vous et qu'il est 8 heures du soir et que je n'ai aucun secrétariat d'ouvert ben c'est quand même très pratique. Donc, je pense que les patients sont à la recherche de ça à l'heure actuelle. Heu... Que je pense qu'on est de... pas assez de médecins en ce moment et que... forcément on a des agendas qui sont pleins,

forcément on a moins de temps à accorder aux gens. Donc s'il y a des consultations qu'on peut un peu trier, où on peut éviter une... une perte de temps et je n'aime pas encore trop ce terme. Heu... pour certaines consultations ben heu... oui ça... ça a sa place dans ce sens-là. Heu... Donc, ça va prendre de plus en plus de place. Ça c'est sûr. Alors, à moins qu'on se mette à avoir, de nouveau, beaucoup trop de médecins par rapport à la population. J'ai des doutes et il y a des endroits où ce ne sera jamais le cas. Donc pour toutes ces... tous ces endroits-là, je pense que c'est vraiment un outil heu... qui est à développer, qui va se développer et qui a sa place hein, qui va être intéressant. Heu... pour l'instant ça ne m'inquiète pas trop parce que je pense que, malgré tout, les gens continuent d'avoir envie d'aller voir leur médecin parce que c'est un moment un peu d'échange un peu particulier où on peut... où ils ne sont pas jugés, ils ne sont pas heu... ce qui... ça ne sort pas du bureau donc ils peuvent craquer, ils peuvent dire ce qu'ils ont sur le cœur, ils peuvent dire heu... leurs peurs etc. En tout cas, moi, c'est quelque chose qui... c'est comme ça que je vois la médecine. Heu... et ça heu... un entretien téléphonique ça ne le remplacera jamais. Donc heu... je pense que la médecine, telle qu'on la pratique aujourd'hui, va continuer d'exister. Elle ne va pas être mise en péril parce qu'il y a de la télémédecine qui se... qui se développe. Heu... je pense que ça va nous apprendre à devoir jongler entre les deux et que ça ne va pas forcément être simple de trouver un équilibre mais bon. On va apprendre. Pas de doute.

I : Super. Avez-vous quelque chose de plus à me dire ?

M : Non. Moi c'est bon, j'ai fait le tour (*rires*).

I : Merci beaucoup.

M : De rien.

Annexe 8 : Réponses attendues

1. Par les investigatrices

Les médecins généralistes pensent que :

- L'utilisation de la télémédecine dans la prise en charge des plaies permet d'obtenir une qualité de prise en charge similaire en termes de résultats que les consultations classiques auprès des spécialistes.
- Elle facilite et accélère l'accès à un avis spécialisé et réduit ainsi le risque de retard de prise en charge secondaire à un délai de consultation spécialisée trop important.
- Elle permet de proposer une prise en charge spécialisée à un patient qui, par manque de mobilité, n'en aurait pas bénéficié.
- La téléexpertise n'est que l'officialisation d'échanges qui existaient déjà entre praticiens (envoi de photos par mail, appels téléphoniques,...).
- La qualité des informations transmises à l'expert est primordiale car l'absence d'entretien, d'examen clinique et d'accès complet au dossier du patient augmente le risque d'erreur.
- La téléconsultation dégrade la relation médecin-patient, pilier de la médecine générale.
- La téléexpertise participe à la formation continue des médecins généralistes.
- Un temps de formation à l'utilisation des projets de télémédecine développés sur le territoire devra être proposé. Cette nouvelle forme de pratique médicale nécessite de s'adapter et de se former.

Les médecins généralistes sont favorables :

- Au développement de la téléconsultation et de la téléexpertise dans certaines spécialités de second recours (cardiologie, soins palliatifs,...) mais ils ne le sont pas en médecine générale (premier recours).
- Au développement de la téléconsultation et de la téléexpertise si elles se font avec des spécialistes locaux, connus du médecin traitant.

Les médecins généralistes souhaitent :

- Demeurer les coordonnateurs des soins et du suivi général du patient. Pour cela, ils souhaitent être informés rapidement de l'avis rendu par le spécialiste et rester

prescripteur des soins. Ils craignent que la télémédecine les écarte de la prise en charge.

- Des clarifications sur les responsabilités médicales engagées lors de la téléexpertise (la leur et celle de l'expert).
- Bénéficiaire d'une rémunération des actes de téléexpertise.

2. Par le directeur de thèse (Praticien Hospitalier en gériatrie)

- La téléexpertise comme outil intéressant ;
- Outil palliant un déficit de formation, de connaissances dans ce domaine ;
- Peu de connaissance sur les aspects pratiques de la télémédecine ;
- Peu de maîtrise/ utilisation de l'outil téléexpertise, par défaut de connaissance, temps limité... et délégation vers les équipes soignantes ;
- Améliore la prise en charge car protocoles adaptés ;
- Dans les éléments négatifs : médecin cantonné à un rôle d'accord, de prescripteur et pas vraiment impliqué dans la réflexion ;
- Axes d'amélioration vers la formation dans les cabinets des médecins généralistes sur l'outil informatique, les modalités de demandes, les règles à respecter.

Annexe 9 : Le serment médical

« *Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Résumé

Titre : Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation : Ressenti de médecins généralistes béarnais.

Introduction : A l'heure du déploiement de la télémédecine, la téléconsultation et la téléexpertise sont sur le point de modifier les pratiques des médecins généralistes. Mais que pensent-ils de ces nouvelles pratiques ? Notre étude avait pour objectif d'évaluer le ressenti de médecins généralistes après utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies de leur patient en EHPAD et HAD.

Matériel et méthode : Nous avons procédé à une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs avec un codage ouvert et une analyse par théorisation ancrée. Les médecins interrogés sont les médecins traitants de patients ayant bénéficié d'une prise en charge par téléexpertise pour leurs plaies.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés. La téléexpertise en plaies et cicatrisation semble être une pratique validée par les médecins généralistes. Leur manque de disponibilités explique qu'ils soient prêts à déléguer ces actes à des soignants formés, à condition de rester informés des prises en charge. Il semble exister un défaut d'information des médecins généralistes, tant sur les projets locaux que sur les textes de Loi, qui peut expliquer leur manque d'implication. Une amélioration du réseau leur paraît également indispensable au déploiement de la télémédecine. Intéressés par cette pratique, ils souhaitent qu'elle demeure complémentaire de la médecine clinique traditionnelle. Enfin, utilisé depuis longtemps et quotidiennement, les médecins aimeraient que le conseil téléphonique devienne un acte reconnu et valorisé.

Conclusion : Véritable révolution dans leur exercice et parfois même dans leur conception de la médecine, des campagnes d'information et de formation sur la télémédecine sont indispensables pour permettre aux médecins généralistes de s'approprier ce nouvel outil.

Mots clés : Télémédecine. Téléexpertise. Médecine générale. Ressenti.

Abstract

Title : Telemedicine and teleexpertise in wounds and healing : Perception of general practitioners of Bearn.

Introduction : At the time of deployment of telemedicine, teleconsultation and teleexpertise are about to change the practices of general practitioners (GPs). But what do they think of these new practices ? Our study aimed to evaluate the perception of GPs after using the teleexpertise in the management of patients wounds in nursing homes and home-hospitalization.

Methods : We proceeded to a qualitative study by semi-directive individual interviews with open coding and an analyze by Grounded Theory Method. GPs interviewed were the referring GPs of patients who have benefited of teleexpertise management for their wounds.

Results : 13 interviews were conducted. The teleexpertise in wounds and cicatrization seems to be a validated practice by the GPs. Their lack of availability explains that they are ready to delegate these acts to trained caregivers, if they stay informed of the care provided. A lack of information has been reported by GPs, regarding both local projects and the law, which may explain their lack of involvement. An improvement of the network seems essential to them in order to promote telemedicine. If GPs are interested in this practice, they want it to remain complementary to traditional clinical medicine. Finally, used for a long time and daily, GPs would like the phone-based medical advice become a recognized and valued act.

Conclusion : True revolution in their exercise and sometimes even in their conception of medicine, telemedicine requires information and training campaigns to allow GPs to appropriate this new tool.

Keywords : Telemedicine. Teleexpertise. General medicine. Perception.

RESUME en français

Introduction : A l'heure du déploiement de la télémédecine, la téléconsultation et la téléexpertise sont sur le point de modifier les pratiques des médecins généralistes. Mais que pensent-ils de ces nouvelles pratiques ? Notre étude avait pour objectif d'évaluer le ressenti de médecins généralistes après utilisation de la téléexpertise dans la prise en charge des plaies de leur patient en EHPAD et HAD.

Matériel et méthode : Nous avons procédé à une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs avec un codage ouvert et une analyse par théorisation ancrée. Les médecins interrogés sont les médecins traitants de patients ayant bénéficié d'une prise en charge par téléexpertise pour leurs plaies.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés. La téléexpertise en plaies et cicatrisation semble être une pratique validée par les médecins généralistes. Leur manque de disponibilités explique qu'ils soient prêts à déléguer ces actes à des soignants formés, à condition de rester informés des prises en charge. Il semble exister un défaut d'information des médecins généralistes, tant sur les projets locaux que sur les textes de Loi, qui peut expliquer leur manque d'implication. Une amélioration du réseau leur paraît également indispensable au déploiement de la télémédecine. Intéressés par cette pratique, ils souhaitent qu'elle demeure complémentaire de la médecine clinique traditionnelle. Enfin, utilisé depuis longtemps et quotidiennement, les médecins aimeraient que le conseil téléphonique devienne un acte reconnu et valorisé.

Conclusion : Véritable révolution dans leur exercice et parfois même dans leur conception de la médecine, des campagnes d'information et de formation sur la télémédecine sont indispensables pour permettre aux médecins généralistes de s'approprier ce nouvel outil.

TITRE en anglais : TELEMEDICINE AND TELEEXPERTISE IN WOUNDS AND HEALING : PERCEPTION OF GENERAL PRACTITIONERS OF BEARN.

RESUME en anglais

Introduction : At the time of deployment of telemedicine, teleconsultation and teleexpertise are about to change the practices of general practitioners (GPs). But what do they think of these new practices ? Our study aimed to evaluate the perception of GPs after using the teleexpertise in the management of patients wounds in nursing homes and home-hospitalization.

Methods : We proceeded to a qualitative study by semi-directive individual interviews with open coding and an analyze by Grounded Theory Method. GPs interviewed were the referring GPs of patients who have benefited of teleexpertise management for their wounds.

Results : 13 interviews were conducted. The teleexpertise in wounds and cicatrization seems to be a validated practice by the GPs. Their lack of availability explains that they are ready to delegate these acts to trained caregivers, if they stay informed of the care provided. A lack of information has been reported by GPs, regarding both local projects and the law, which may explain their lack of involvement. An improvement of the network seems essential to them in order to promote telemedicine. If GPs are interested in this practice, they want it to remain complementary to traditional clinical medicine. Finally, used for a long time and daily, GPs would like the phone-based medical advice become a recognized and valued act.

Conclusion : True revolution in their exercise and sometimes even in their conception of medicine, telemedicine requires information and training campaigns to allow GPs to appropriate this new tool.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : Télémédecine. Téléexpertise. Médecine générale. Ressenti.

UFR des sciences médicales

UNIVERSITE DE BORDEAUX

146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex