



HAL
open science

Impact de la télémédecine dans l'évolution de la pratique médicale : étude du ressenti des médecins généralistes de Gironde

Alix Lefevre

► **To cite this version:**

Alix Lefevre. Impact de la télémédecine dans l'évolution de la pratique médicale : étude du ressenti des médecins généralistes de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03120652

HAL Id: dumas-03120652

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03120652>

Submitted on 25 Jan 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n° 158

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Alix LEFEVRE

Né le 17/08/1989 à Saint Pierre (974)

Le 17/12/2020

**Impact de la télémédecine dans l'évolution de la pratique
médicale : Étude du ressenti des médecins généralistes de
Gironde**

Sous la direction du Docteur Christophe ADAM

Membres du jury :

Mme le Professeur Nathalie SALLES
M. le Docteur Yves-Marie VINCENT
M. le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
M. le Docteur Yves MONTARIOL
M. le Docteur Christophe ADAM

Présidente
Rapporteur
Examineur
Examineur
Directeur

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Nathalie Salles

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Je vous en suis très reconnaissant.

Au Docteur Yves-Marie Vincent

Merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Tes conseils avisés m'ont été précieux dans la rédaction finale de ce travail.

Au Professeur Jean-Philippe Joseph

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Au Docteur Yves Montariol

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail.

Au Docteur Christophe Adam

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vos conseils m'ont été précieux tout au long de ce travail.

Merci au CGEA d'avoir financé la formation à la recherche qualitative nécessaire à la réalisation de ce travail. Merci à la FAYR-GP d'organiser des formations à la recherche en médecine générale et de m'avoir initié à la recherche qualitative.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail de recherche. Merci pour le temps que vous m'avez dédié et pour la passion de votre métier qui a transparu lors des entretiens.

À ma famille,

Merci à vous, mes parents, de votre soutien sans faille depuis le début de ces longues études. Vous m'avez toujours poussé à donner le meilleur de moi. Je vous suis sincèrement reconnaissant de tout ce que vous avez fait pour moi.

À ma sœur et mon frère, merci de votre soutien et de toujours répondre présent quand j'en ai besoin. Je suis fier de vous avoir.

Merci à toi, Justine, ma moitié, d'être présente pour moi à chaque instant et me supporter au quotidien. Merci pour ton soutien inconditionnel depuis toutes ces années et de ton aide inestimable pour ce travail.

Merci à Gérald et Anne-Marie, de votre accueil toujours chaleureux et d'être présent pour moi quand j'en ai besoin. Merci à mes cousins et cousines pour tous ces supers moments passés avec vous. Merci à toi mamie pour ton soutien de chaque instant.

À ma belle-famille, merci de votre bienveillance et de votre soutien. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et ceux venir.

À tous mes amis,

À mes amis de la fac, merci pour les supers moments et soirées passés en votre compagnie. Vous avez rendu ces années d'externat inoubliables, Clément, Chris, Mei, Emilie, Alexandre, Kanav, Aurélien, Guillaume, Amandine et tous les autres...

À Marion, Camille et Damien, merci de tous les bons moments passés ensemble, votre amitié est très importante pour moi.

À mes compagnons de galère, Hélène, Elodie, Thibault et Ludo, l'internat nous a forgé une amitié sans faille, merci de votre soutien et de votre bonne humeur. À Seb et Max, c'est un bonheur de vous connaître. Merci pour tous les moments passés et surtout à venir.

AVANT-PROPOS

Cette thèse est proposée sous forme d'un article dans le but d'une soumission à la revue médicale *Exercer*®.

Nous avons choisi de soumettre l'article à cette revue consultée par la communauté des médecins généralistes Français.

L'objectif était de présenter un travail méthodologique avancé, répondant aux normes d'une étude qualitative de qualité.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| ABRÉVIATION | 6 |
| PRÉAMBULE | 7 |
| I/ Contexte de l'étude | 7 |
| II/ Bibliographie..... | 17 |
| INTRODUCTION | 21 |
| METHODE..... | 23 |
| RÉSULTATS | 25 |
| I/ Transformer sa pratique médicale pour s'adapter aux besoins des patients..... | 26 |
| II/ L'expression de craintes pour l'avenir de la médecine générale | 28 |
| III/ Besoin d'une pratique encadrée..... | 32 |
| DISCUSSION | 35 |
| I/ Résultats principaux..... | 35 |
| II/ Forces de l'étude..... | 35 |
| III/ Limites de l'étude | 36 |
| IV/ Mise en perspective | 36 |
| CONCLUSION..... | 42 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 43 |
| ANNEXES | 47 |
| Annexe 1 : Demande de participation à l'étude | 47 |
| Annexe 2 : Formulaire de consentement..... | 48 |
| Annexe 3 : Guide d'entretien version 1 | 49 |
| Annexe 4 : Guide d'entretien version 2 | 51 |
| Annexe 5 : Extrait du carnet de bord | 53 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 58 |
| RÉSUMÉ : | 59 |

ABRÉVIATION

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé

MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DMP : Dossier Médical Partagé

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

SFT : Société Française de Télémédecine

HAS : Haute Autorité de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

PRÉAMBULE

I/ Contexte de l'étude

1 / Définition de la télémédecine :

La télémédecine a été définie pour la première fois en 1997, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » (1). Malgré cette définition officielle plusieurs termes ont été utilisés pour décrire cette pratique. On rencontre les termes télésanté (telehealth), e-santé (e-health) et télémédecine (telemedicine) souvent utilisés comme synonymes. En réalité, la télésanté est un ensemble de pratiques comprenant la télémédecine et la e-santé. Le terme e-santé est utilisé plutôt par les ingénieurs, les informaticiens et les spécialistes du numérique alors que les professionnels de santé parlent de télémédecine (2). La télésanté englobe aussi les applications, les sites et portails que l'on trouve sur l'internet et qui sont liés à la santé (3).

En France, le cadre juridique de la télémédecine renvoi à l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance-maladie. Celle-ci a été défini comme un acte médical permettant « d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical » (4).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) souhaitant inclure un cadre déontologique a défini cette pratique, dans son livre Blanc sur la télémédecine en janvier 2009, comme : « une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC), un patient et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale » (5).

C'est finalement en juillet 2009 que la télémédecine a été intégrée dans le code de santé publique par l'article 78 de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) 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 ». Le texte précisait aussi qu'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 » (6).

Cinq actes de télémédecine ont été ensuite définis par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 (7).

- **La téléconsultation**, permettant 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**, permettant 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**, permettant 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**, permettant 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 (centre 15).

Dans l'optique d'accélérer le virage numérique, le gouvernement dans son projet de loi « ma santé 2022 » (8), a défini un nouvel acte de télésanté en juillet 2019 : le télésoin (9). Il a permis de mettre en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), en

complément de la télémédecine réservée aux professions médicales. De ce fait, la télésanté s'est déclinée en télémédecine pour les professionnels de santé médicaux (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) et en télésoin pour les professionnels de santé non-médicaux (pharmaciens et auxiliaires médicaux).

2/ Histoire de la télémédecine

La télémédecine n'est pas une technologie récente. La première utilisation de la communication vidéo interactive en santé s'est produite à la fin des années 50 par l'institut psychiatrique du Nebraska qui, via un système de télévision interactive, opéra une téléconsultation en psychiatrie avec l'hôpital de Norfolk, 112 miles plus loin (9).

Un autre projet expérimental a été mis en place en 1959 au Canada par un radiologiste permettant de transmettre des images par câble coaxial pour un diagnostic à distance. Grâce aux liaisons par satellites, la télémédecine s'est développée vers la fin des années 1970 pour pallier au problème d'accès aux soins de personnes situées dans des lieux inaccessibles ou difficilement accessibles. Par exemple, la National Aeronautics and Space Administration (NASA) a mis en place des programmes de télémédecine pour ses astronautes et l'armée américaine des systèmes de téléassistance pour délivrer les premiers soins aux blessés sur les champs de bataille du Vietnam (3).

En Europe, c'est à la fin des années 1980 en Scandinavie et plus précisément en Norvège que s'est développé un programme appelé « *access to health care services* ». Ce projet se concentrait sur un certain nombre d'applications de téléconsultation « en temps réel » en radiologie, dermatologie, cardiologie, psychiatrie et oto-rhino-laryngologie. Ce projet était réellement le premier de grande envergure ayant fait preuve de son efficacité.

En France, l'université de Toulouse a été pionnière en créant au sein de son centre hospitalier universitaire (CHU) en juillet 1989 l'Institut Européen de Télémédecine puis en octobre 1991 la Société Européenne de Télémédecine. Elle réalisera au cours de l'année 1992 les premières liaisons de télémédecine entre le CHU, le centre hospitalier de Rodez et le centre hospitalier Territorial de Nouméa. La Région Midi-Pyrénées est devenue en 1993 un territoire expérimental pour le développement de la télémédecine (2).

3/ Le développement de la télémédecine en France

Depuis plusieurs années en France, on assiste à une augmentation des inégalités territoriales de santé comme le déplorait le rapport de l'Assemblée Nationale de juillet 2018 sur « l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain » (10).

Dans un souci d'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, le gouvernement a rédigé dans le premier volet du pacte territoire santé (2012-2015), 12 engagements dans l'optique de faire reculer les déserts médicaux. Un de ces engagements concernait le développement de la télémédecine (11). Cette volonté politique de développer la télémédecine s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan stratégique de déploiement de la télémédecine en 2011 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (12). Il en a résulté cinq priorités nationales et trois objectifs pour le développement de la télémédecine (13).

Les cinq priorités nationales étaient :

- la permanence des soins en imagerie médicale ;
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ;
- la santé des personnes détenues ;
- la prise en charge d'une maladie chronique : insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète, etc. ;
- les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile.

Les trois objectifs étaient :

- améliorer l'accès pour tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé ;
- améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux ;
- améliorer le parcours de soins des patients.

Un recensement effectué par la DGOS en 2013 (14), a mis en évidence un

développement prépondérant de la télémédecine à l'hôpital. Dans l'optique d'un meilleur déploiement en ville et dans les structures médico-sociales, l'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (15) a prévu des expérimentations avec son programme ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé) pour une durée de quatre ans dans neuf régions pilotes. Ces expérimentations ont été étendues en 2017 à l'ensemble du territoire et aux établissements de santé. L'objectif de ces expérimentations était de développer les activités de télémédecine, de définir un cadre juridique dans lesquelles elles peuvent évoluer et de fixer une tarification des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale (16).

Cette période d'expérimentation s'étant révélée très convaincante (17), l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux ont signé en juin 2018, un accord conventionnel inscrivant la téléconsultation et la télé-expertise dans le droit commun des pratiques médicales : l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 25 août 2016 (18). C'est cet avenant 6 qui fixe les tarifs des actes de téléconsultation et de téléexpertise et en prévoit le cadre de mise en œuvre. La téléconsultation a été prise en charge par l'assurance maladie à partir du 15 septembre 2018 et la téléexpertise à partir du 10 février 2019. En revanche, la télésurveillance nécessitait de poursuivre l'expérimentation pour mieux préciser son encadrement, l'expérimentation ETAPES a donc été reconduite pour une durée de quatre ans (19).

4 / La téléconsultation

Définition :

Tout médecin peut recourir à la téléconsultation quels que soient sa spécialité, son secteur d'exercice ou son lieu d'exercice, qu'il soit en ville ou en établissement de santé. Elle est réalisable partout en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (20,21). Tout patient peut bénéficier d'une téléconsultation au lieu d'une consultation en présentiel si le médecin l'estime pertinent.

Cependant, deux conditions sont nécessaires pour garantir un suivi de qualité et être remboursé :

- **le respect du parcours de soins coordonné** : Le patient doit être orienté par son

médecin traitant si celui-ci n'est pas le médecin consultant.

- **la connaissance préalable du patient** : Le patient doit avoir bénéficié d'une consultation physique au cours des 12 mois précédant la téléconsultation avec le médecin téléconsultant.

Ces conditions peuvent faire l'objet d'exception pour les situations suivantes :

- les patients de moins de 16 ans ;
- les spécialités médicales d'accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuro-psychiatrie et pédiatrie) ;
- les situations d'urgence ;
- les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ou lorsque ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé.

Dans ces deux dernières situations, les patients doivent s'orienter vers une organisation territoriale de soins avec des médecins volontaires afin d'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins. Il s'agit de formes d'exercice coordonné mises en place sur un territoire comme des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des centres de santé, des équipes de soins primaires ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Déroulement de la téléconsultation :

Le patient peut être seul chez lui ou peut aussi être orienté vers une cabine ou un chariot de téléconsultation, dans un lieu dédié (une MSP, une pharmacie, etc.), avec l'avantage de disposer d'appareils de mesures et d'examen facilitant le diagnostic (balance, tensiomètre, stéthoscope, otoscope pour lecture des tympans, etc.). Le patient peut aussi se faire assister par un professionnel de santé (pharmacien ou infirmier). Et enfin, une téléconsultation mettant en relation un médecin depuis son cabinet où se trouve son patient avec un confrère est également possible.

Une téléconsultation est réalisée par vidéo-transmission et se déroule comme une consultation en présentiel avec la prise de rendez-vous après accord du médecin. Le médecin doit demander et obtenir le consentement du patient avant toute téléconsultation. Ensuite, il envoie un lien à son patient, l'invitant à se connecter à l'heure prévue du rendez-vous.

A la fin de la consultation le médecin transmet si nécessaire une prescription sous format papier par voie postale ou sous format électronique via une messagerie sécurisée. Enfin, le médecin rédige un compte-rendu, l'archive dans son dossier

patient, dans le Dossier Médical Partagé (DMP) s'il le patient en possède un et le transmet obligatoirement au médecin traitant (s'il ne l'est pas) afin d'assurer un meilleur suivi et une bonne coordination des soins.

Rémunération :

La facturation d'une téléconsultation est la même que celle d'une consultation présenteielle et son remboursement se fait sur la base habituelle de prise en charge par l'assurance maladie. Deux actes de téléconsultation ont été créés dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), le « TCG » et le « TC ». Si le patient n'est pas connu du médecin téléconsultant, les données administratives nécessaires à la facturation doivent être communiquées au médecin par le médecin traitant ou l'organisation territoriale quand le patient n'a pas de médecin traitant.

Une aide à l'équipement des médecins libéraux a été instaurée via deux nouveaux indicateurs dans le volet 2 du forfait structure à compter de 2019 (21) :

- l'un de 50 points (soit 350 €) pour s'équiper en vidéo transmission, mettre à jour les équipements informatiques et s'abonner à des plateformes de télémédecine afin d'assurer des actes de téléconsultation dans des conditions sécurisées ;
- le second de 25 points (soit 175 €) pour s'équiper en appareils médicaux connectés.

5/ La téléexpertise

Effective depuis le 10 février 2019, la téléexpertise permet à un médecin, dit « médecin requérant », de solliciter un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors la présence de ce dernier (22). Tout médecin peut recourir à la téléexpertise, quels que soient sa spécialité, son secteur d'exercice ou son lieu d'exercice.

En revanche dans un premier temps, et ce jusqu'à la fin de l'année 2020, la téléexpertise est réservée à certains patients :

- les patients en affection longue durée (ALD) ;
- les patients atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation ;
- les patients résidant en zones dites « sous-denses », telles que définies à l'article 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;

- les patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en structures médico-sociales ;
- les personnes détenues.

Déroulement d'une téléexpertise :

Le consentement éclairé du patient doit être préalablement recueilli par le médecin requérant et tracé dans le dossier médical. La téléexpertise n'exige pas la connaissance préalable du patient par le « médecin requis ». La téléexpertise n'exige pas un échange par vidéo-transmission mais doit en revanche faire l'objet d'un échange en synchrone (direct) ou asynchrone (en différé) entre deux médecins, via une messagerie sécurisée de santé. A la fin d'une téléexpertise, le médecin « requis » établit un compte-rendu qu'il intègre dans le DMP s'il existe et le transmet au médecin traitant du patient et au médecin requérant (s'il est différent du médecin traitant).

Il existe deux niveaux de téléexpertise selon la complexité du dossier du patient :

- téléexpertise niveau 1 : Ne nécessite pas de réaliser une étude approfondie de la situation médicale du patient (l'interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne, l'étude d'une spirométrie, la lecture de photos pour une lésion cutanée, etc.).
- téléexpertise niveau 2 : Il s'agit d'un avis pour une situation médicale complexe après étude approfondie (surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution, du suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation, du suivi d'évolution complexe d'une maladie inflammatoire chronique, etc.).

Deux actes de téléexpertise ont été créés à la NGAP :

- l'acte codé « TE1 » pour les téléexpertises de niveau 1 ;
- l'acte codé « TE2 » pour les téléexpertises de niveau 2.

Rémunération à l'acte pour le médecin requis :

- télé-expertises de niveau 1 : 12 € par téléexpertise, dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient.
- télé-expertises de niveau 2 : 20 € par téléexpertise, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

La téléexpertise n'est pas cumulable avec un autre acte ou majoration, et ne peut prétendre à aucun dépassement d'honoraire.

Rémunération forfaitaire pour le médecin requérant :

Il s'agit d'un forfait annuel : la rémunération est de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et de 10 € par téléexpertise de niveau 2, dans la limite de 500 € par an.

Le calcul est réalisé automatiquement par l'Assurance Maladie, aucun acte n'a besoin d'être facturé par le médecin requérant. De manière dérogatoire et transitoire, l'acte de téléexpertise est facturé en tiers payant et est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire.

6/ Face au coronavirus, l'essor de la télémédecine

L'année 2020 a été marquée par l'une des plus grandes crises sanitaires que la France ait connues depuis un siècle. La propagation d'un virus à l'échelle mondiale a obligé les médecins généralistes à repenser complètement leur pratique médicale. Cette pandémie ayant engendré une distanciation sociale sans précédent, la télémédecine a vu son utilisation augmenter de façon considérable.

Initialement le déploiement de la télémédecine se voulait timide, en effet, en mars 2019, soit 6 mois après l'entrée dans le droit commun de la télémédecine, environ 8000 téléconsultations avaient été prises en charge par l'assurance maladie (23). Mais cette pratique tendait à se développer lentement, avec un bilan à un an estimant le nombre de téléconsultations réalisées à 60 000 (24).

En mars 2020, la crise du coronavirus a obligé les autorités à décréter le confinement général de la population. Dans ces circonstances sanitaires sans précédent, la téléconsultation s'est installée, auprès des médecins libéraux, comme une modalité pertinente de prise en charge des patients. Ainsi le nombre de téléconsultations prises en charge par l'assurance maladie est passé de 10 000 par semaine début mars à plus de 480 000 du 23 au 29 mars. Les téléconsultations constituaient alors plus de 11% de l'ensemble des consultations contre moins de 1% avant la crise (25).

Cette situation a engendré aussi un assouplissement des règles régissant la téléconsultation par le décret du 9 mars 2020. Celui-ci autorise la prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes infectées ou potentiellement infectées par le coronavirus même si celles-ci n'avaient pas de médecin traitant pratiquant la téléconsultation, ni été orientées par lui, ni été connues du médecin téléconsultant (26). L'assurance maladie quant à elle, a modifié les critères de prise en charge et a autorisé la téléconsultation par téléphone pour certains patients n'ayant pas un équipement

permettant une video-transmission. De plus pendant cette période, toutes les consultations à distance et quel qu'en soit le motif étaient prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (27).

7/ Justification de la recherche

L'année 2018 a marqué une avancée majeure pour la télémédecine avec la prise en charge par l'assurance maladie des actes de téléconsultation pour tous les patients. Plusieurs travaux de recherche se sont intéressés aux perceptions des médecins généralistes concernant la télémédecine, notamment en Gironde, mettant en évidence un accueil plutôt favorable mais avec le souhait d'un meilleur encadrement juridique et financier (28–30). Cependant, il existait peu de travaux interrogeant les médecins généralistes depuis son remboursement par l'assurance maladie. Partant de ce constat, notre objectif était d'analyser la perception qu'avait les médecins généralistes de l'évolution de leur pratique face au développement de la télémédecine afin de recueillir leurs attentes et de proposer des axes d'amélioration pour l'adhésion à cette pratique.

II/ Bibliographie

1. WHO Group Consultation on Health Telematics. A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997 [Internet]. Geneve; 1998 [cité 23 septembre 2020]. Report No.: WHO/DGO/98.1. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>
2. Nys J-F. La télémédecine, simple évolution ou véritable révolution des usages dans le système de santé français ?. *Marché et Organisations*. 26 mai 2020;n° 38(2):15-36.
3. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins; Novembre 2008 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
4. République Française. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810, août 2004.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janvier 2009.
6. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
7. République Française. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010-1229 oct 19, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
8. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier d'information : Feuille de route « accélérer le virage numérique » [Internet]. 2019 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf

9. Haute autorité de Santé. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. 2011 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
10. Assemblée nationale. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain-Tome 1 [Internet]. 2018 juill [cité 23 septembre 2020]. Report No.: 1185. Disponible sur: [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/\(index\)/depots#P1485_323435](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/rap-enq/r1185-t1/(index)/depots#P1485_323435)
11. Ministère des solidarités et de la santé. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
12. TIC santé. La DGOS prépare un plan national de déploiement de la télémédecine [Internet]. [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: http://www.ticsante.com/la-DGOS-prepare-un-plan-national-de-deploiement-de-la-telemedecine-NS_801.html
13. Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine [Internet]. 2011 [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34199.pdf
14. Direction générale de l'offre de soins. La preuve par 10 : Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémédecine 2013 [Internet]. 2013 [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf
15. République Française. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Article 36. 2013-1203 déc 23, 2013.
16. Ministère des Solidarités et de la Santé. ÉTAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé [Internet]. 2018 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>

17. Direction générale de l'offre de soins. Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine [Internet]. 2017 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_telemedecine_etapes_rapport_parlement.pdf
18. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037306389>
19. République Française. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 54 [Internet]. 2017-1836, JORF n°0305 du 31 décembre 2017 déc 30, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=161B51C8729E0E0106834D29EA6CCE68.tplgfr42s_2?idArticle=JORFARTI000036339175&cidTexte=JORFTEXT000036339090&dateTexte=29990101&categorieLien=id
20. L'Assurance maladie. La téléconsultation [Internet]. [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
21. L'Assurance maladie. Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 [Internet]. 2018 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier-de-presse_Teleconsultation_12092018.pdf
22. L'Assurance maladie. La téléexpertise [Internet]. 2019 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
23. L'Assurance maladie. Bilan à 6 mois de la Télémédecine: Une montée en charge progressive [Internet]. 2019 [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf
24. L'Assurance maladie. Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation : Un mode de consultation qui se développe progressivement [Internet]. 2019 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_1er_anniversaire_du_remboursement_de_la_teleconsultation_sept_2019.pdf

25. L'Assurance maladie. Croissance record du recours à la téléconsultation en mars [Internet]. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20200331_CP_Teleconsultations_Covid_19.pdf
26. République Française. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19 [Internet]. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/3/9/SSAS2006807D/jo/texte>
27. L'Assurance maladie. Covid-19 : tout savoir sur la téléconsultation et les actes à distance [Internet]. 2020 [cité 9 juin 2020]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-tout-savoir-sur-la-teleconsultation-et-les-actes-distance>
28. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
29. Haw-Shing L. Programme " Télémédecine en EHPAD " en Gironde: enquête de satisfaction en médecine générale. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
30. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les nouvelles technologies font partie intégrante de la vie quotidienne ainsi que de la pratique médicale. Les médecins utilisent de plus en plus les innovations technologiques dans l'optique d'une meilleure prise en charge des patients. Les autorités de santé présentaient la télémédecine comme une des réponses aux défis tels que le vieillissement de la population ou encore le suivi approfondi des maladies chroniques, en améliorant l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. Elle constituait pour eux un facteur d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des soins (1). Le gouvernement en a même fait une mesure phare du chantier « numérique en santé » dans son projet de loi « Ma santé 2022 » (2).

La télémédecine a été définie dans le code de santé publique par la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) du 21 juillet 2009 (3) comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC). 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 ». Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine en a défini les cinq axes constitutifs (4) : La téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale.

L'année 2018 a marqué une avancée majeure pour la télémédecine par la signature de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (5), qui a fixé les tarifs des actes de téléconsultation et de téléexpertise et en a prévu le cadre de mise en œuvre après près de 10 ans d'expérimentation. Depuis le 15 septembre 2018 la téléconsultation est prise en charge par l'assurance maladie pour tous les patients et sur tout le territoire (6) et la téléexpertise pour certaines catégories de patient depuis le 10 février 2019 (7).

L'année 2020 a radicalement impacté la télémédecine du fait d'une crise sanitaire majeur, liée à la pandémie de la COVID-19. En effet, le nombre de téléconsultation a explosé durant cette crise avec une utilisation par près de 45% des médecins généralistes en mars 2020 contre 10% avant cette crise (8).

Quelques travaux, réalisés chez les médecins généralistes avant le remboursement de la télémédecine, ont rapporté un accueil plutôt favorable à cette pratique mais avec le souhait d'un meilleur encadrement juridique et financier (9–11). Cependant il existait peu de travaux s'intéressant au ressenti du médecin généraliste sur ce sujet depuis l'annonce de sa prise en charge par l'assurance maladie. Le ressenti du médecin étant une cause possible de blocage à l'adhésion et à la mise en place d'une pratique, son analyse permettrait de mieux positionner ce nouvel outil dans la pratique de soins de santé primaire. Dans ce contexte, nous nous sommes demandé quel était le ressenti des médecins généralistes sur l'impact de la télémédecine dans l'évolution de leur pratique médicale ?

L'objectif principal de notre recherche était d'explorer le ressenti des médecins généralistes sur l'impact de la télémédecine dans l'évolution de leur pratique à la suite de son développement récent. L'objectif secondaire était de définir les freins et les éléments d'amélioration afin de favoriser l'adhésion à cette pratique.

METHODE

Population étudiée et choix des participants

Il s'agissait d'une étude qualitative (12,13) menée auprès de médecins généralistes de Gironde. L'échantillonnage a été réalisé en variation maximale afin de garantir la plus grande variabilité des résultats et d'être le plus exhaustif possible. Le recrutement a tenu compte de l'âge, du sexe, du mode d'exercice (seul ou associé), du lieu d'exercice (rural ou urbain) et du nombre d'années d'installation. Le recrutement a été fait de proche en proche par effet boule de neige grâce au réseau professionnel du chercheur. Les médecins sélectionnés étaient contactés par téléphone à leur cabinet ou par courrier électronique. Le sujet de recherche était exposé en quelques mots, après accord du médecin un entretien en tête-à-tête ou en visioconférence était proposé au lieu et à la date de son choix. Les critères d'inclusion étaient être médecin généraliste diplômé et exercer en Gironde.

Recueil des données

Le recueil des données a été fait par l'investigateur en personne lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Un formulaire d'information et de non-opposition à l'utilisation des données était fourni au médecin, afin de recueillir son consentement oral puis écrit. Ce formulaire stipulait un droit de retrait à tout moment.

Un guide d'entretien avec des questions ouvertes a été rédigé afin de permettre l'expression libre du médecin interrogé et de recueillir son ressenti personnel. Ce guide a été élaboré à partir des données de la littérature et d'un entretien exploratoire, il restait évolutif au gré de l'avancée de l'étude. Les entretiens ont été enregistrés par deux enregistreurs numériques différents pour pallier l'éventuel dysfonctionnement d'un appareil. Tous les entretiens ont été anonymisés et retranscrits mot à mot sur le logiciel Word® pour constituer les verbatims. A la fin de chaque retranscription l'impression globale du chercheur sur l'entretien et sur le verbatim était notifiée au journal de bord. Le processus de recueil de données a pris fin lorsque la saturation des données a été obtenue.

Analyse des données

L'analyse a été conduite d'après la méthode par théorisation ancrée selon plusieurs étapes et de manière concomitante au recueil des données (13). Chaque entretien retranscrit était donc analysé afin de faire ressortir une hypothèse. Celle-ci était ensuite

testée lors de l'entretien suivant. L'entretien était analysé selon trois niveaux de codage (14). Le premier niveau était le codage ouvert, au fur et à mesure de la lecture du texte, aux passages intéressants et remarquables étaient attribués une "étiquette" permettant de donner un sens aux propos du médecin. Le deuxième niveau était le codage axial consistant à articuler les étiquettes entre elles, et à identifier lesquelles variaient en fonction des autres, afin de créer des catégories plus larges. Le troisième niveau était le codage sélectif, les articulations du codage axial étaient intégrées les unes aux autres, permettant la production d'une proposition générale synthétique.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo12®. Un journal de bord a été tenu tout au long de cette recherche afin de maintenir à distance les à priori du chercheur. Une triangulation de l'analyse des données par un deuxième chercheur a été réalisée pour un entretien sur trois dans le but d'une harmonisation du livre de code, permettant d'augmenter la validité interne de l'étude (13). Les critères de la grille COREQ ont été suivis pour la rédaction de notre travail (15).

Cadre légal et comité d'éthique

Une déclaration simplifiée a été enregistrée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 15 octobre 2019. La CNIL n'a pas émis d'avis défavorable pour ce travail. Il n'y a pas eu de nécessité de demande auprès des comités de protection de personnes (CPP) car il s'agissait d'une étude non interventionnelle sans mise en danger des personnes interrogées.

RÉSULTATS

Les entretiens ont été réalisés par l'enquêteur en personne sur une période de 6 mois de janvier à juin 2020. Au total, 11 médecins ont été interrogés, leur recrutement a été fait de manière ciblée dans l'objectif d'avoir le maximum de profils différents. Les entretiens ont duré de 23 à 70 minutes avec une durée médiane de 46,5 minutes.

Les entretiens 4, 5 et 6 ont été réalisés par visioconférence, à la suite des mesures gouvernementales de limitation de déplacement en vigueur au moment des entretiens. Les autres se sont déroulés en présentiel au cabinet des médecins concernés. Après les 9 premiers entretiens, la saturation des données a été atteinte et les 2 derniers ont permis de le confirmer.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont détaillées dans le tableau 1. L'âge moyen était de 40 ans, le plus jeune avait 31 ans, le plus âgé 58 ans. Ils exerçaient tous en Gironde dont 7 en zone rurale. Il y avait 7 femmes et 4 hommes.

Les médecins 1, 2 et 3 n'avaient jamais réalisé de téléconsultation, les autres y avaient déjà eu recours au moment des entretiens.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés (n=11)

| Participant | Sexe | Age | Durée d'installation | Zone d'exercice | Mode d'exercice | Informatisé | Connexion internet | Durée (min) |
|-------------|------|-----|-------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-----------------------|----------------|
| M01 | F | 35 | 7 ans | Rurale | Groupe | Oui | Bonne | 30 |
| M02 | M | 31 | 2 mois | Urbaine | Groupe | Oui | Mauvaise | 39 |
| M03 | M | 57 | 25 ans | Rurale | Groupe | Oui | Bonne | 56 |
| M04 | F | 42 | 9 ans | Rurale | Groupe | Oui | Bonne | 32 |
| M05 | F | 32 | 2,5 ans | Urbaine | Seul | Oui | Bonne | 57 |
| M06 | F | 44 | 13 ans | Rurale | Seul | Oui | Bonne | 40 |
| M07 | F | 58 | 28 ans | Rurale | Groupe | Oui | Bonne | 24 |
| M08 | M | 30 | 6 mois | Rurale | Groupe | Oui | Bonne | 32 |
| M09 | F | 31 | 1 an | Urbaine | Seul | Oui | Bonne | 34 |
| M10 | M | 31 | 21 mois | Rurale | Groupe | Oui | Bonne | 23 |
| M11 | F | 52 | 6 ans | Urbaine | Groupe | Oui | Bonne | 70 |

F : Féminin ; M : Masculin ; Commune rurale < 2000 habitants (def. INSEE)

Le ressenti des médecins pouvait se répartir selon trois grands thèmes : transformer sa pratique médicale pour s'adapter aux besoins des patients, l'expression de crainte pour l'avenir de la médecine générale et le besoin d'une pratique bien encadrée.

Pour les médecins de notre étude, la médecine générale suivait de manière inévitable l'évolution de la société et les médecins devaient s'adapter aux besoins de communication actuels. La télémédecine répondait à ces besoins en améliorant la coordination des soins grâce à la communication, en modifiant l'organisation du cabinet et en favorisant le conseil médical. Cependant, les médecins exprimaient de nombreuses craintes sur l'avenir de la médecine générale, ils craignaient le développement d'une pratique inégalitaire et moins performante et le développement de certaines dérives. Ils souhaitaient donc des solutions concrètes de la part des autorités pour former les médecins et encadrer au mieux cette pratique.

I/ Transformer sa pratique médicale pour s'adapter aux besoins des patients

1/ Une pratique qui suit de manière inévitable l'évolution sociétale

La télémédecine apparaissait comme une possibilité de diversifier sa pratique médicale et de proposer une nouvelle offre adaptée à une société de patients experts suréquipés à domicile : « *Les patients, ils ont tous un oxymètre chez eux, [...] ce sont des postes avancés d'infirmier qu'ils font* » M8.

Elle s'imposait comme la pratique la plus adaptée à la distanciation sociale dans un contexte épidémique : « *il va y avoir un avant et après COVID* » M8.

Les médecins y voyaient une pratique médicale plus économique et écologique grâce aux messageries sécurisées, permettant d'éviter l'envoi de courrier papier. Ils y voyaient une évolution des pratiques, suivant de manière inévitable l'évolution de la société : « *De toute façon ça suit l'évolution sociétale !* » M2.

2 / La communication comme facteur d'amélioration des soins

Les médecins interrogés percevaient une nette amélioration des échanges entre professionnels de santé grâce aux messageries sécurisées et à certains logiciels, comme Paaco-Globule, permettant une meilleure coordination des soins : « *Ce sont vraiment des outils très pertinents, très efficaces, qui permettent de mieux se coordonner.* » M2.

Concernant les échanges avec les patients, la télémédecine permettait de lutter contre l'isolement social et maintenait le lien de confiance médecin-patient, notamment durant la période de la COVID-19 : « *j'ai fait de la télémédecine pour des patients isolés, qui avaient besoin d'être rassurés ou de renouveler leur traitement, voir comment ils allaient* » M7. D'autre part, elle favorisait les échanges sécurisés de documents avec les patients ou entre professionnels de santé : « *Et puis surtout ça permettra de garder des traces, parce que là quand tu passes un coup de fil, mais qui garde vraiment des traces de ce qui est dit ?* » M6.

3 / Réorganiser sa pratique au quotidien

Les médecins félicitaient le gain de temps apporté par les messageries sécurisées ou les outils numériques de télésurveillance. La télémédecine permettait de mieux organiser son temps de travail en limitant les demandes téléphoniques intempestives. Certains médecins voyaient aussi la téléconsultation comme une consultation plus rapide, avec moins de formalités sociales : « *C'est dix minutes, ça suffit largement, donc on peut caler facilement trois, quatre télémédecines le soir* » M8 ; « *Il n'y a pas le côté accueil, le salut, le bonjour, c'est un petit peu plus rapide* » M2.

La télésurveillance et la téléconsultation évitaient les déplacements inutiles pour le médecin et le patient fragile. Elle permettait aussi de désengorger les salles d'attente surtout dans des contextes épidémiques : « *on est quatre à exercer dans un cabinet médical, on ne peut pas se permettre d'avoir vingt personnes dans une salle d'attente.* » M8. Certains médecins valorisaient le fait de garder le patient dans son environnement, permettant des échanges plus décontractés : « *En téléconsultation, ils sont à la maison, donc ils sont plutôt relaxes, pas trop stressés, ils ne sont pas non plus tendus parce que tu as 20 minutes de retard* » M5.

4/ Le conseil médical enfin reconnu

Les médecins voyaient un intérêt à la téléconsultation pour des actes de conseil, des actes administratifs, le suivi psychologique, le suivi des pathologies chroniques ou certaines pathologies simples. La téléconsultation était aussi vue comme une pratique ramenant l'interrogatoire au centre de la consultation. Elle permettait d'évaluer rapidement le degré d'urgence, permettant de proposer une consultation physique rapidement si besoin : « *faire comme de la régulation au 15 donc de trier urgent, pas urgent.* » M8.

Les médecins félicitaient la reconnaissance financière des actes de prévention mais aussi des actes chronophages jusqu'ici fait gratuitement : « *La paperasserie est très chronophage, et on se retrouve le soir à faire des tonnes de papier, où on était pas du tout rémunérés pour ça.* » M7. Cette valorisation permettait de prévoir un temps dédié aux sollicitations téléphoniques quotidiennes et d'être plus consciencieux. Cependant les médecins craignaient que les patients soient réticents à l'idée de payer pour des actes gratuits avant : « *Comme je ne les facturais pas avant, les gens ne vont pas comprendre.* » M11.

La télémédecine a permis aux médecins de poursuivre leur activité durant la crise du coronavirus, de favoriser la continuité des soins et de maintenir un revenu grâce à la prise en charge à 100% : « *Franchement je pense que ça n'aurait pas aussi bien marché s'il n'y avait pas eu la carotte financière* » M11.

III/ L'expression de craintes pour l'avenir de la médecine générale

1/ Majoration des inégalités d'accès aux soins : une médecine à deux vitesses

- Inégalité entre médecins

Certains médecins voyaient la télémédecine comme une pratique ciblant les jeunes générations de médecins, plus à l'aise avec les nouvelles technologies et moins attachés à l'examen clinique. De ce fait, le vieillissement de la population de médecins était vu comme un frein au développement de la télémédecine : « *Moi, je suis plutôt en fin de carrière mais je pense que c'est important pour la génération qui arrive et que c'est déjà leur mode de fonctionnement, ce qui n'est pas le nôtre* » M7.

- Inégalité entre patients

La télémédecine était vue comme une pratique adaptée aux jeunes connectés plutôt qu'aux patients âgées, faisant partie de la population qui en a le plus besoin de soins : « *Mes papis et mamies de 85 ans, ils n'ont pas internet, ils n'ont pas une webcam, ils n'ont pas les objets connectés, mais c'est eux qui ont besoins de soins au quotidien surtout* » M1.

Les médecins y voyaient aussi l'opportunité d'un retour des jeunes patients dans le parcours de soin grâce à la télémédecine, leurs permettant de consulter même sur leurs horaires de travail : « *La télémédecine a un intérêt pour les patients jeunes, ça va les réconcilier avec la santé* » M8.

- **Inégalité entre zone urbaine et rurale**

Les médecins critiquaient une pratique plus accessible en milieu urbain qu'en milieu rural par manque d'accès aux nouvelles technologies, notamment internet : « *il n'y a pas de réseau, donc ils sont déjà isolés géographiquement, et puis isolés aussi, des moyens modernes de communication* » M7. La téléconsultation était aussi vue comme une pratique non adaptée en zone rurale ou semi-rurale car les patients, souvent plus âgés, préféraient le contact avec le médecin.

2/ La crainte d'une médecine moins qualitative

2.1 Altération de la relation médecin-patient

Certains médecins interrogés craignaient un effet barrière pouvant altérer la relation médecin-patient par la présence de l'écran, avec pour conséquence un patient moins à l'aise : « *Il se confie un petit peu moins, c'est un peu plus difficile pour lui de dire certaines choses* » M10.

Pour certains, une bonne relation médecin-patient nécessitait un contact physique et une implication personnelle difficile avec la télémédecine. La téléconsultation pouvait engendrer une perte de franchise des patients et un désinvestissement du médecin dans la prise en charge et donc impacter son jugement : « *Alors, on ment facilement en consultation, en vis-à-vis, mais je trouve que c'est encore plus facile par écran interposé* » M4.

2.2 Déshumanisation de la médecine

La télémédecine était vue comme un nouvel outil ne devant pas remplacer la consultation physique mais en être complémentaire. Les médecins interrogés se disaient très attachés au contact humain dans leur pratique, et craignaient que la télémédecine ne les en prive : « *Les nouvelles technologies doivent rester à leur place, elles ne doivent jamais remplacer la relation humaine.* » M11.

Certains médecins craignaient le développement d'intelligences artificielles pour remplacer les médecins généralistes, mais restaient positifs sur la nécessité de leur présence auprès des patients. Selon eux, la relation de confiance ne pourrait jamais être remplacée par des machines.

2.3 Dévalorisation de la consultation de médecine générale

- Perte d'un pilier, l'examen clinique

L'examen clinique était considéré comme la pierre angulaire de la médecine générale, nécessaire pour confirmer un diagnostic : « *La médecine générale c'est quand même une spécialité clinique, donc ce qui est important c'est de voir le patient, c'est de l'examiner* » M3. Les médecins interrogés craignaient que la télémédecine augmente le risque d'erreurs médicales : « *On peut plus facilement passer à côté de quelque chose, vu qu'il n'y a pas d'examen clinique* » M10. Ils s'inquiétaient du risque médico-légal qui en découlait.

- Un désinvestissement des patients

Les médecins craignaient une recherche de facilité et de confort de la part des patients au détriment de la qualité. Ils craignaient de voir les patients s'habituer à cette pratique et ne plus vouloir se déplacer par la suite : « *C'est très facile d'être chez soi [...] d'appeler son médecin et d'avoir son ordonnance qui arrive dans le canapé* » M6.

- Une pratique moins performante

La téléconsultation était vue comme une pratique moins informative avec la perte du discours non verbal et une mauvaise qualité video et audio : « *il y a quand même des manifestations qui sont plus difficiles à voir en téléconsultation* » M9.

3/ Une évolution inadaptée au terrain

La télémédecine était vue comme un simple outil nécessitant avant tout des médecins. Elle était vue comme une solution de secours ne répondant pas aux problèmes de démographie médicale actuels : « *c'est le problème de l'examen clinique, y a un moment il faut examiner les gens, donc déserts médicaux ou pas, il y a toujours un moment où on va avoir besoin d'aller voir les gens* » M5.

Certains médecins craignaient de voir une nette augmentation de leur charge de travail, notamment avec des logiciels de télésurveillance comme Paaco-Globule. Ils critiquaient le fait d'être sur-sollicité et surtout de se sentir envahi jusque dans leur vie privée : « *Parfois tu as des infirmiers qui oublient que c'est dimanche et que dimanche tu n'as pas envie d'être contacté et qu'ils t'envoient des demandes d'ordonnance* » M4.

4/ Peur des dérives de la télémédecine

4.1 Crainte d'une pratique moins sécuritaire

Les médecins craignaient que les télécabines sur le lieu de travail ne permettent pas de garantir la confidentialité des données médicales. Ils craignaient aussi un risque de perte du secret médical, notamment par l'impossibilité de s'isoler : « *Sur des téléconsultations, je voyais des patients, mais derrière, il y avait leur conjoint, leurs enfants, enfin c'était moins confidentiel* » M10.

4.2 Une évolution plus pécuniaire que médicale

Les médecins interrogés critiquaient le développement de la télémédecine par des sociétés privées cherchant avant tout la rentabilité, notamment durant la crise du coronavirus en augmentant leurs tarifs : « *Leur objectif c'est de faire de l'argent. Donc, en général sur notre dos, parce que le prix de la consultation il n'est pas extensible* » M11. D'autres craignaient que l'appât du gain n'impacte certains médecins aux détriments des patients : « *j'ai un peu peur sur certains médecins, que ça devienne mercantile aussi pour eux* » M5.

4.3 Augmenter le consumérisme médical

Les médecins critiquaient l'évolution la médecine vers du consumérisme médical, notamment en zone urbaine : « *Déjà qu'ils viennent avec des listes, comme leur liste de course* » M4.

Ils redoutaient une industrialisation de la médecine générale avec une médecine à la chaîne et délocalisable : « *C'est ce que font d'ailleurs les plateformes, une espèce de sous-acte. C'est-à-dire que vous y retrouvez votre compte en faisant du volume* » M11.

La téléconsultation en dehors du parcours de soin pouvait favoriser la prescription d'examens complémentaires coûteux par méconnaissance du dossier médical et l'absence d'examen clinique.

4.4 Crainte d'une rupture du parcours de soins

Un des risques de la télémédecine était d'augmenter le nomadisme médical par besoin d'immédiateté : « *Le médecin n'a plus de place, donc ils prennent le premier médecin dispo sur internet* » M9.

Les médecins étaient contre la téléconsultation pour des patients inconnus du cabinet, craignant de perdre leur rôle de médecin traitant. Ils y voyaient là une pratique trop

complexe avec beaucoup d'incertitudes : « *C'est compliqué de faire des consultations sans dossier, pour des nouveaux patients, on ne connaît rien, on ne sait pas, on n'a pas moyen de vérifier* » M6.

5/ Crainte d'une perte de liberté

Les médecins ressentent une pression importante, pour faire de la téléconsultation, de la part des patients mais aussi de celle des sociétés privées : « *Ils ont des pratiques hyper agressives Doctolib, ils sont partout* » M11.

Lors de la crise de la COVID-19, certains médecins disaient ne pas avoir eu le choix, la téléconsultation s'imposait à eux. Ils craignaient de ne plus être maître de leur pratique et d'être dépendant des choix des patients à l'avenir.

III/ Besoin d'une pratique encadrée

1/ Besoin d'une formation spécifique

Certains médecins ne se sentaient pas à l'aise avec le développement technologique, ils étaient perdus et souhaitaient être mieux accompagnés par les autorités de santé. Ils ne se sentaient pas suffisamment formés à ces nouvelles pratiques. Très peu des médecins interrogés pouvaient définir la téléexpertise malgré sa prise en charge par la sécurité sociale depuis plus d'un an : « *Téléexpertise ? Pas grand-chose, je suppose que c'est... je ne sais pas ce que c'est* » M10.

Certes, ils souhaitaient être mieux formés à la télémédecine, mais paradoxalement ils ne prenaient pas le temps nécessaire à cette formation, critiquant un système de formation chronophage : « *C'est la méconnaissance des outils qui fait qu'ils sont non utilisés et après il faut lutter contre l'inertie des pratiques et ça c'est autre chose* » M5.

Une formation initiale durant les études médicales était vue comme le meilleur moyen de favoriser la connaissance et l'utilisation de ces nouvelles pratiques.

2/ Limiter la multiplication des outils.

Les médecins interrogés approuvaient le développement d'outils toujours plus performant pour simplifier leur pratique au quotidien mais étaient perdus devant la multiplication de ces outils : « *Tu ouvres le matin, tu as déjà tes 3 logiciels à ouvrir, ton secrétariat, faut regarder tes examens de labo qui arrivent sur HPRIM, après faut regarder tes messageries sécurisées, tu as tes notifications Paaco-Globule qui arrivent en plus* » M6.

Ils déplorait aussi un manque de compatibilité entre tous les outils existants et attendaient des autorités de santé une plus grande régulation : « *Qu'ils forcent l'interconnectivité des moyens c'est-à-dire qu'il y ait en gros une compatibilité de tous les systèmes entre eux* » M5.

3/ Besoin d'être accompagné

Les médecins attendaient des autorités de santé une télémédecine bien protocolisée et encadrée pour limiter les risques de dérive. Ils déplorait aussi un manque d'information officielle sur la télémédecine : « *Ce sont les grandes enseignes de télémédecine qui viennent se vendre finalement. Donc moi l'information je l'ai eu par ces groupes-là, je ne les ai pas eus par les autorités* » M8.

Ils souhaitaient un meilleur accompagnement pour les aider dans leur pratique notamment grâce à des livrets explicatifs et des listes avec les motifs légitimes de téléconsultation : « *Un document de la télémédecine, qu'est-ce que c'est de A à Z* » » M2.

Certains se disaient satisfaits de l'implication des autorités de santé dans le développement de la télémédecine, notamment lors de la crise de la COVID-19 : « *On sent qu'ils nous accompagnaient, ils nous aidaient dans la décision, les prises en charge, les remboursements, les tarifications.* » M10.

Cependant, le manque de concertation entre les autorités de santé et les médecins pour les décisions officielles était mal perçu. Les médecins estimaient avoir un des rôles principaux concernant les choix qui impacteraient l'évolution de leur pratique : « *Les professionnels de santé, médecin ou paramédicaux au sens large seront toujours les premiers meilleurs connaisseurs du terrain, donc je pense que ça doit se faire en partenariat avec eux* » M2.

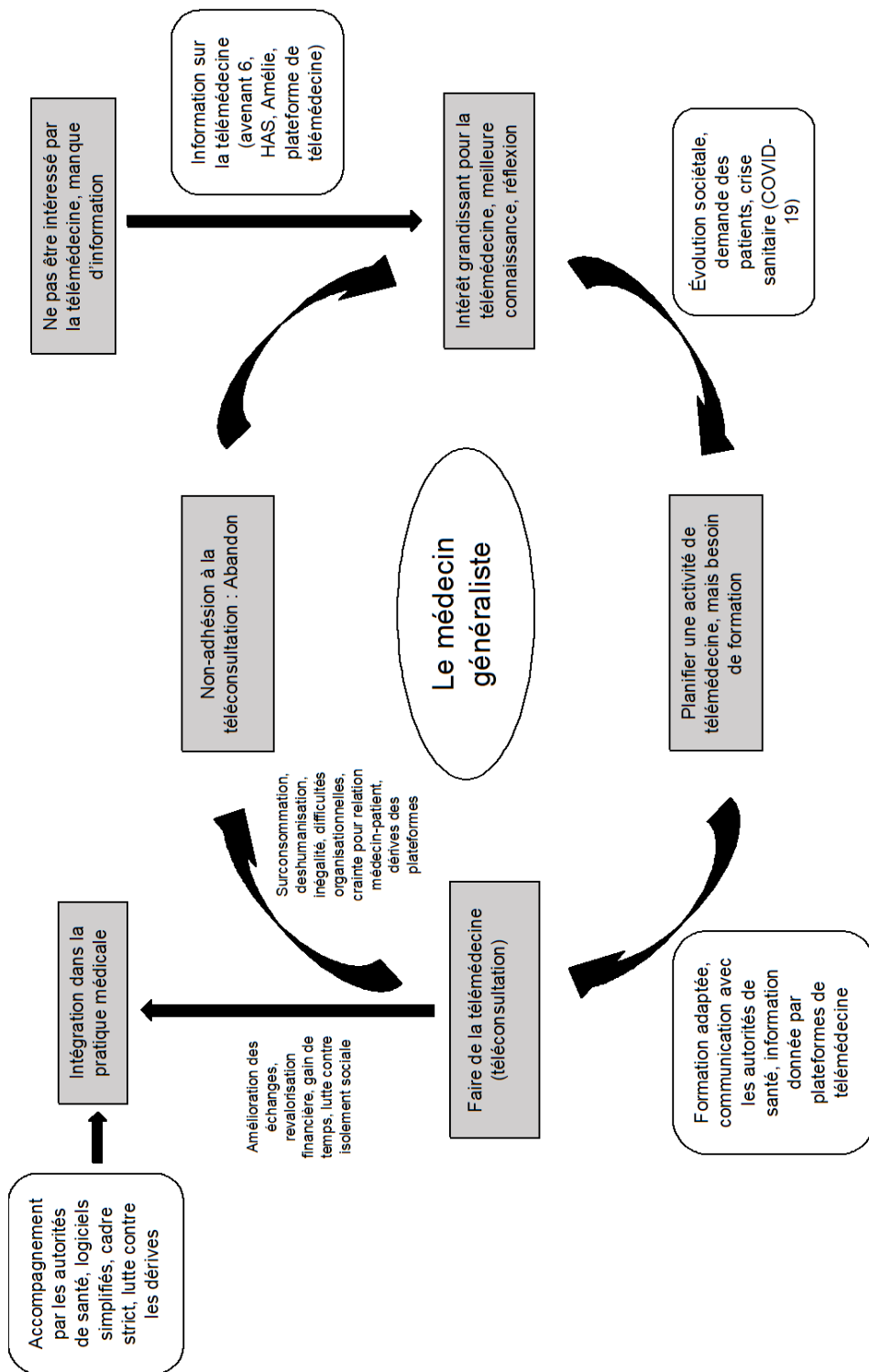


Figure 1 : Schématisation des facteurs influençant l'intégration de la télé-médecine en médecine générale

DISCUSSION

I/ Résultats principaux

Notre étude avait pour but de comprendre comment les médecins percevaient l'évolution de leur pratique dans un contexte d'accélération du numérique en santé. La médecine générale était vue comme une pratique devant évoluer avec son temps et au gré des avancées technologiques. La télémédecine correspondait donc à l'évolution naturelle de la médecine, s'adaptant aux besoins de communication de la société actuelle. La relation médecin-patient était au cœur des préoccupations des médecins et la pratique de la télémédecine devait d'abord passer par une relation de confiance. Les médecins craignaient de voir la médecine générale devenir un bien de consommation. Ils exprimaient donc le besoin d'un meilleur encadrement. Cependant pour certains, l'utilisation de la téléconsultation a permis de lever ces craintes et de favoriser l'acceptation de cette pratique.

II/ Forces de l'étude

La majorité des études interrogeant les médecins généralistes sur la télémédecine ont été réalisées avant sa prise en charge par la sécurité sociale (9–11,16,17). Notre étude, réalisée après l'annonce de sa prise en charge et durant la crise sanitaire, permet de donner un point de vue plus complet du ressenti des médecins sur une pratique étant maintenant installée dans l'exercice de la médecine générale.

La recherche qualitative était particulièrement appropriée car les facteurs observés étaient subjectifs donc difficiles à mesurer. Les entretiens individuels, en créant un climat de confiance, permettaient la libre expression des médecins interrogés. Les critères de validité scientifique d'une étude qualitative ont été respectés et la grille internationale COREQ a été utilisée comme ligne directrice dans la rédaction de ce travail. Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude afin de mettre à distance les à priori du chercheur. Les entretiens ont été menés par l'investigateur en personne, formé préalablement aux techniques d'entretien en recherche qualitative grâce à l'école d'automne de la French Association of Young Researchers in General Practice (FAYR-GP). La triangulation des données, pour un entretien sur trois, avec un deuxième chercheur, également formé à la recherche qualitative, a permis d'augmenter la fiabilité de l'analyse et la validité interne de l'étude.

III/ Limites de l'étude

Le chercheur étant médecin et ayant déjà expérimenté la télémédecine dans sa pratique professionnelle, il était difficile de faire abstraction de son point de vue concernant cette pratique. La triangulation des données ayant été faites par un deuxième médecin, son opinion a également pu impacter l'analyse. Par ailleurs, le recrutement de médecins non informatisés n'ayant pas passé le cap de la transition numérique aurait pu apporter d'autres éléments de réflexion. De plus, le chercheur connaissait certains des médecins interrogés. Ces derniers ont donc pu adapter leur discours par crainte d'être jugés ou de se montrer décourageants dans leurs propos. Pour aller plus loin il aurait été intéressant de faire une étude miroir sur le ressenti des patients concernant cette pratique et de confronter les résultats obtenus.

IV/ Mise en perspective

- Un intérêt grandissant pour la télémédecine

Dans les études réalisées avant le remboursement de la téléconsultation (16,17,18), les médecins reconnaissaient un manque de connaissances sur le sujet, pouvant être à l'origine de réticences. A l'inverse, notre travail montrait que les médecins avaient globalement une bonne connaissance de la téléconsultation, ils savaient mieux la définir. Ces résultats sont confortés par un sondage de 2019 montrant que 98% des médecins interrogés disaient connaître la télémédecine et un médecin sur deux souhaitait y avoir recours et pensait qu'il s'agissait d'une pratique d'avenir (19). En revanche, la téléexpertise était moins connue, les modalités de mise en place et de rémunération étaient encore abstraites. Cette méconnaissance peut expliquer le faible recours à cette pratique.

La crise du coronavirus a marqué un tournant majeur dans le déploiement de la télémédecine. En effet le nombre de téléconsultations prises en charge par l'assurance maladie est passé de 60 000 en un an (20) à 5,5 millions entre mars et avril 2020 (21). Depuis septembre 2018, l'intérêt grandissant et l'amélioration des connaissances ont permis aux médecins de mieux appréhender la téléconsultation et de favoriser sa mise en place rapide lors de la crise du coronavirus.

- Une pratique favorisant les échanges

Dans notre étude, la télémédecine correspondait à l'évolution naturelle de l'exercice de la médecine, s'adaptant aux besoins de communication de la société actuelle. Elle permettait d'améliorer la communication entre les professionnels de santé mais aussi entre le médecin et son patient en favorisant une meilleure coordination des soins. La téléexpertise pouvait améliorer l'accès aux spécialistes et permettait de sécuriser et tracer les avis, diminuant le risque d'erreur de mémorisation ou d'interprétation. Notre étude est en accord avec celle de M. Didier de 2018 (18), selon laquelle 70% des médecins pensaient que la téléconsultation améliorait les échanges entre professionnels de santé. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) (22) y voyaient déjà en 2012, une pratique amenant une proximité entre professionnels et favorisant les coopérations.

- Une nouvelle offre pour les soins primaires

Dans notre étude, la téléconsultation était vue comme une nouvelle pratique plus rapide, différente et complémentaire de la consultation classique. Elle permettait de prendre en charge plus rapidement certaines demandes de patients. Cette étude montre que les médecins envisageaient la téléconsultation pour des actes plutôt administratifs, ou alors pour des pathologies « simples » et de la prévention. Pour la Société Française de Télémédecine (SFT) (23), la télémédecine est parfaitement adaptée à la médecine préventive grâce notamment au téléconseil. Celle-ci permet aussi aux patients d'obtenir un avis rapide afin d'évaluer le degré d'urgence et permet une prise en charge plus rapide.

Une enquête de l'IPSOS de 2018 (24) montrait que 6 Français sur 10 déclaraient avoir déjà renoncé à consulter un professionnel de santé, principalement en raison d'un délai d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous. Doctolib, dans une enquête auprès de 1500 médecins, constatait que grâce à un système de créneaux dédiés les délais d'attente pour obtenir une téléconsultation sont de 2,9 jours en moyenne chez le médecin généraliste contre 6 jours en cabinet (25). La télémédecine semble donc être une solution pertinente pour améliorer l'accès aux soins, notamment en zone sous dense en médecins.

Dans notre étude, les médecins valorisaient aussi le confort apporté tant aux patients qu'aux professionnels de santé en diminuant les transports et les visites à domicile.

Ces résultats sont concordants avec une étude du Pr Salles, réalisée en 2017, sur des résidents en EHPAD (26). Cette pratique apparaît donc comme une réponse adaptée au vieillissement de la population en permettant de faire face aux difficultés de mobilité des personnes âgées.

Avant sa prise en charge par la sécurité sociale, le manque de rémunération était un frein majeur au développement de la télémédecine dans la littérature (16,17). Dans notre étude, les médecins exprimaient une véritable satisfaction de voir leur rôle de conseiller reconnu et rémunéré. Ce résultat est conforté par une étude de 2019 portant sur 1500 médecins (25), ceux-ci félicitaient le fait que la télémédecine permettait d'être rémunérés pour les conseils médicaux et l'accompagnement apporté jusqu'ici gratuitement aux patients.

Dans notre travail, la télémédecine permettait de proposer une offre supplémentaire à une population jeune et active n'ayant pas forcément le temps de consulter ou se déplacer. Cette population pouvait, grâce à la télémédecine, renouer avec le soin et la prévention. Dans son bilan, après un an de télémédecine (20), l'assurance maladie montrait qu'en effet ce sont surtout les jeunes patients qui se sont saisis de cette pratique. L'enquête démontrait qu'un tiers des patients ayant bénéficié d'une téléconsultation avait moins de 30 ans et 56 % moins de 40 ans et seulement 12 % des téléconsultations concernaient des patients de 70 ans et plus.

- Des craintes non justifiées

Dans notre étude, certains médecins exprimaient la crainte du développement d'une médecine à deux vitesses, réalisée par de jeunes médecins pour des patients jeunes et connectés. Le manque de connaissance et de maîtrise de l'outil informatique rendait cette pratique inaccessible à une partie de la population. Ces résultats sont également retrouvés à l'international, selon une méta-analyse publiée en 2018 dans le Journal of Telemedicine and Telecare (27) le manque de connaissance en informatique ou en télésanté était le principal obstacle à l'adoption de la télémédecine dans plusieurs pays tels que le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Effectivement, en France, après un an de remboursements par l'assurance maladie, la moitié des médecins ayant réalisés une téléconsultation avait moins de 50 ans, alors que cette classe d'âge ne constituait que 37 % de l'ensemble des effectifs de généralistes libéraux. À l'opposé, plus d'un médecin libéral sur trois avait plus de 60 ans mais ils n'étaient à l'origine que de 15%

des téléconsultations (20). En revanche, l'analyse des téléconsultations durant la crise du coronavirus montrait que les patients jeunes utilisaient moins la téléconsultation et les patients âgés plébiscitaient de plus en plus cette pratique. Le nombre de médecin de plus de 60 ans utilisant la téléconsultation a aussi augmenté durant cette période (21), témoignant d'une meilleure maîtrise de cette pratique par l'ensemble des médecins. Finalement, même s'il subsiste des inégalités, celles-ci semblent se résorber progressivement.

L'altération de la relation médecin-patient était une crainte majeure dans notre étude. Ce sentiment était aussi constaté dans l'étude de Durupt et al. de 2016 (16) et dans l'étude d'Odoxa de 2019 (19) dans laquelle 68% des médecins interrogés pensaient que la télémédecine déshumaniserait la relation médecin-patient. Cependant, notre étude montrait que la téléconsultation permettait de garder un lien entre le médecin et son patient quand la consultation physique était impossible, notamment durant la crise du coronavirus. En effet, les médecins y ont vu une manière de rassurer et de lutter contre l'isolement de certains patients en maintenant une relation de confiance. En revanche, la téléconsultation en dehors du parcours de soins, pour des patients inconnus, faisait craindre un manque de confiance et de franchise dans les échanges ne permettant pas une bonne relation médecin-patient. La Haute Autorité de Santé (HAS) dans son guide de bonnes pratiques de 2019 (28) rappelait que la téléconsultation était d'autant plus pertinente que la relation patient-professionnel était bien établie. Parmi nos résultats, il est à souligner que la mise en pratique de la téléconsultation a permis de rassurer les médecins quant à son impact sur la relation médecin-patient.

Notre travail faisait ressortir la crainte de favoriser une surconsommation de soins liée à un besoin d'immédiateté, les patients pouvant aller jusqu'à quitter le parcours de soins au détriment de leur santé. Finalement, lors de la crise COVID-19 et malgré l'assouplissement des règles de prise en charge (29), les téléconsultations ont été réalisées en moyenne à 80 % entre patients et médecins ayant eu une consultation en présentiel dans l'année précédente. Les principes de l'avenant 6, règlementant la prise en charge des téléconsultations, ont majoritairement été respectés témoignant d'une pratique intégrée au parcours de soins aussi bien par les médecins que par les patients (21).

Les médecins de notre étude ont exprimé la crainte d'un développement mercantile de la médecine, basé sur le profit et la rentabilité, au détriment de la qualité des soins. Ce résultat est concordant avec le travail de Nadolni et Rahuel (17) où les médecins exprimaient la crainte d'une ubérisation de la médecine. Effectivement, nous avons pu voir se développer des sociétés privées proposant par exemple des arrêts maladie de 1 à 3 jours en quelques minutes par téléconsultation. L'ordre des médecins et la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont condamné fermement cette pratique non déontologique et ne respectant pas l'avenant 6 (30).

- Un besoin de formation et de cadre strict

Certains médecins interrogés exprimaient le besoin d'une meilleure formation à la télémédecine. Effectivement, la formation des praticiens est un point essentiel pour le développement de la télémédecine, argument déjà avancé par l'ANAP dès 2012 (22) et la Société Française de Télémédecine (SFT) en 2017 (23). Cependant, ces formations existent déjà. L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) (31) en a même fait une des orientations nationales prioritaires de 2020-2022 et un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) a été créé en 2016 à l'initiative de la SFT. Dans notre étude, les médecins trouvaient la formation continue chronophage et exprimaient un manque de temps consacré à la formation. Ce défaut de formation semble donc être plus lié à un problème organisationnel qu'à un manque d'outils de formation.

Notre travail mettait en évidence le besoin d'un meilleur encadrement de la télémédecine par les autorités de santé, constat en accord avec la littérature (17). Les autorités semblent l'avoir bien entendu avec la publication de l'avenant 6 de la convention nationale définissant le cadre de mise en œuvre de la téléconsultation et de la téléexpertise mais aussi avec les publications de la HAS comme son guide de bonnes pratiques (28). Il y a donc un cadre bien défini de la télémédecine mais certains médecins semblaient malgré tout insatisfaits. Notre travail met en évidence un paradoxe entre le besoin d'un cadre qui permet de sécuriser la pratique et le refus des médecins libéraux de se voir imposer une conduite à tenir. Le même constat est fait au Royaume Unis, une étude publiée dans le British Journal of General Practice en 2014 montrait que les médecins voyaient la télésanté comme une atteinte potentielle à leur liberté professionnelle (32). Cependant, durant la crise du coronavirus, les médecins interrogés se sont dits satisfaits de la communication avec les autorités de

santé et les sociétés privées. En effet, les autorités de santé ont beaucoup communiqué sur les enjeux de la télémédecine, ce qui a permis une bonne coopération entre les acteurs de terrain et un meilleur déploiement de cette pratique. L'amélioration de la communication entre les autorités de santé, les sociétés privées et les médecins est donc un enjeu majeur pour l'avenir de la télémédecine.

Pour répondre au besoin de formation, la télémédecine mériterait d'être intégrée à la formation initiale lors du cursus universitaire. Pour les médecins en exercice, l'enjeu est de favoriser leur intérêt pour la formation continue. Les médecins doivent renouer avec les formations de développement professionnel continu (DPC) ou les DIU pour rester performants dans leur pratique. Durant la crise du coronavirus, les médecins n'ont eu d'autre choix que de se former avec les outils existants pour s'adapter au contexte épidémique permettant le déploiement de la télémédecine. Le manque d'intérêt pour la télémédecine semble donc être à l'origine du manque de connaissance et de formation des médecins. C'est pourquoi, pour favoriser le développement de la télémédecine, il faut une meilleure communication des autorités afin de susciter de l'intérêt pour cette pratique.

CONCLUSION

L'amélioration des connaissances concernant la télémédecine a permis de mieux appréhender ce nouveau mode d'exercice et de rassurer les médecins quant à son impact sur leur pratique. Les médecins généralistes y voient un atout supplémentaire permettant de favoriser les échanges et d'améliorer la coordination des soins. Cette pratique, complémentaire de la consultation physique, permet d'enrichir l'offre de soins mais n'est pas perçue comme une réponse aux problèmes de démographie médicale.

Malgré la persistance de craintes, la mise en pratique de la téléconsultation, notamment durant la crise de la COVID-19, a permis de montrer un impact positif sur la relation médecin-patient et sur le respect du parcours de soin. Les médecins ont donc un ressenti plutôt positif concernant la télémédecine mais restent vigilants concernant le risque de consumérisme médical. Ils souhaitent une meilleure communication entre les acteurs de santé à l'avenir et rester libres de leurs choix en matière d'exercice médical. Maintenir le dialogue avec les autorités de santé est primordial pour améliorer les connaissances et la formation des médecins.

La télémédecine a connu une montée en puissance durant la crise de la COVID-19 imposée par la distanciation sociale et le confinement des populations. La question est de savoir si elle parviendra à maintenir sa place dans la pratique quotidienne du médecin généraliste une fois la crise passée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Direction générale de l'offre de soins. La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier d'information: feuille de route « accélérer le virage numérique » [Internet]. 2019 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf
3. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
4. République Française. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010-1229 oct 19, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
5. République Française. 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 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037306389>
6. L'Assurance maladie. Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 [Internet]. 2018 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier-de-presse_Teleconsultation_12092018.pdf
7. L'Assurance maladie. La téléexpertise [Internet]. 2019 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
8. L'Assurance maladie. Croissance record du recours à la téléconsultation en mars [Internet]. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20200331_-CP_Teleconsultations_Covid_19.pdf

9. Haw-Shing L. Programme " Télémédecine en EHPAD " en Gironde: enquête de satisfaction en médecine générale. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
10. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
11. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
13. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3^e éd. Paris: Armand Colin; 2012.
14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la Neuve: De boeck; 2014.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.
16. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique. 27 oct 2016;Vol. 28(4):487-97.
17. Nadolny J, Rahuel C. La télémédecine : approches et propositions des médecins généralistes libéraux français - Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018. Thèse de médecine, Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
18. Didier M. Téléconsultation: l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine ; 2015.

19. Odoxa. Panorama sur la télémédecine aujourd'hui et perspectives pour l'avenir [Internet]. 2020 [cité 24 septembre 2020]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/panorama-telemedecine-aujourd'hui-perspectives-lavenir/>
20. L'Assurance maladie. Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation: Un mode de consultation qui se développe progressivement [Internet]. 2019 [cité 23 septembre 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_1er_anniversaire_du_remboursement_de_la_teleconsultation_sept_2019.pdf
21. L'Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses-Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [Internet]. 2020 [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694273/document/rapport-charges-et-produits-2021.pdf>
22. ANAP. La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe -Un éclairage pour le déploiement national - Tome 1 : les grands enseignements [Internet]. 2012 [cité 24 septembre 2020]. Disponible sur: <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe/>
23. Moulin T, Salles N. Le point de vue de la Société française de télémédecine. Actualité et dossier en santé publique. déc 2017;(101).
24. IPSOS. Télémédecine : une réponse complémentaire efficace pour faciliter l'accès aux soins ? [Internet]. 2018 [cité 24 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/telemedecine-une-reponse-complementaire-efficace-pour-faciliter-lacces-aux-soins>
25. Doctolib. 2 téléconsultations sur 3 sont réalisées via Doctolib [Internet]. Caducee.net. 2019 [cité 24 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14508/2-teleconsultations-sur-3-sont-realisees-via-doctolib.html>
26. Salles N, Lafargue A, Cressot V, Glenisson L, Barateau M, Thiel E, et al. Global geriatric evaluation is feasible during interactive telemedicine in nursing homes. European Research in Telemedicine. 1 juill 2017;6(2):59-65.

27. Scott Kruse C, Karem P, Shifflett K, Vegi L, Ravi K, Brooks M. Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *J Telemed Telecare*. janv 2018;24(1):4-12.
28. Haute Autorité de santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise - Guide de bonnes pratiques [Internet]. 2019 [cité 24 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf
29. République Française. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19 [Internet]. [cité 24 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/3/9/SSAS2006807D/jo/texte>
30. Granier V, Caravagna L. La Cnam et l'ordre des médecins s'attaquent au site Arretmaladie.fr [Internet]. *TICsanté*. 2020 [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/4957/la-cnam-et-l-ordre-des-medecins-s-attaquent-au-site-arretmaladief.html>
31. Agence nationale du Développement Professionnel Continu. Orientations nationales prioritaires de DPC 2020-2022 [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022>
32. MacNeill V, Sanders C, Fitzpatrick R, Hendy J, Barlow J, Knapp M, et al. Experiences of front-line health professionals in the delivery of telehealth: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. juill 2014;64(624):e401-407.

ANNEXES

Annexe 1 : Demande de participation à l'étude

DEMANDE DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Chers Consœurs et Confrères

Je m'appelle Alix LEFEVRE et je réalise ma thèse de Médecine Générale sous la direction du Docteur Christophe ADAM, Médecin généraliste et maître de conférence associé au CHU de Bordeaux.

J'étudie l'impact des nouvelles technologies d'information et de communication dans l'exercice libéral en médecine générale. Votre témoignage apportera de précieuses informations à mon travail de recherche.

Pour cela, je désire vous rencontrer lors d'un entretien individuel pour discuter de votre pratique. Cet entretien, d'une durée de 15 à 45 min sera réalisé à la date et au lieu de votre choix (cabinet, domicile, ...).

Votre identité restera confidentielle, la conversation sera enregistrée avec votre accord, et le contenu de vos propos restera totalement anonyme.

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois retranscrits, les enregistrements seront détruits. Vos données personnelles seront conservées jusqu'à la soutenance de la thèse et ne seront accessibles que par les responsables de l'étude.

Les résultats de ces recherches seront utilisés dans le cadre de ma thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès, de rectification, de limitation ou d'effacement des données vous concernant. Vous bénéficiez du droit d'opposition au traitement des données et d'un droit de portabilité des données.

Pour cela il suffit d'en informer directement le médecin responsable de l'étude par mail à (adresse courriel).

Dans le cadre de la protection de vos données, vous êtes en droit de réaliser une réclamation auprès de la CNIL à tout moment.

Les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Répondre à cette sollicitation ne vous engage à rien, et comme dans toutes études vous pouvez à tout moment vous en retirer sans justification ni préavis.

Si vous êtes intéressés pour participer à cette étude, merci de me le faire savoir par retour mail (adresse courriel) ou bien par téléphone au (numéro de téléphone)

En vous remerciant par avance.

Bien confraternellement et au plaisir de vous rencontrer.

Alix LEFEVRE

Annexe 2 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris les informations données et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

Annexe 3 : Guide d'entretien version 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cette étude réalisée dans le cadre de ma thèse. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit à l'écrit. Soyez assuré que cet entretien sera anonymisé et que vous avez la possibilité de l'interrompre à n'importe quel moment et de sortir de l'étude si vous le souhaitez.

Je m'intéresse à votre ressenti concernant la télémédecine et son impact dans votre pratique.

Information démographique

- Age ?
- Sexe ?
- Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) ?
- Quel est votre secteur d'exercice ? (Rural, urbain).
- Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé, cabinet de groupe).
- Êtes-vous Informatisé ou non ? Avez-vous une bonne connexion internet ? Possédez-vous une webcam ou un smartphone ?

Question 1 : Ressenti vis-à-vis des nouvelles technologies.

Avec le développement des nouvelles technologies dans le domaine de la santé, comment voyez-vous l'évolution de votre pratique médicale ?

Quels sont les points positifs ?

Quels sont les points négatifs ?

Question 2 : La télémédecine : avis.

Plus spécifiquement, quel est votre avis sur le développement de la télémédecine en France ?

Que pensez-vous de la téléconsultation et de la téléexpertise ?

Que pensez-vous du remboursement de ces actes ?

(Points positifs, points négatifs)

Quel est son impact sur le parcours de soin ?

Question 3 : La télémédecine : expérience

Avez-vous déjà eu recours à la télémédecine ?

Si Oui : Dans quelles circonstances ? Quels en sont les atouts pour vous ?

Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés ?

Si Non : Pour quelles raisons ? Quels sont les freins à son utilisation ?

Qu'est ce qui favoriserez son utilisation ?

Question 4 : Télésurveillance et échange entre professionnels

Que pensez-vous des applications ou logiciels favorisant l'échange de données entre professionnels de santé comme Paaco-globule ou apicrypt ?

Qu'est que ça apporte ou pourrait apporter à votre pratique ?

Question 5 : Le cabinet de demain

Quel impact pensez-vous que ses nouvelles technologies auront sur les cabinets médicaux de demain ?

Comment voyez-vous votre cabinet médical dans 10 ans ?

Question 6 : Rôle des autorités de santé

Que pensez-vous du rôle des autorités de santé dans ce développement numérique ?

Relance : Pouvez-vous m'en dire plus ? Pouvez-vous m'en dire d'avantages ? Me donner des exemples ?

Annexe 4 : Guide d'entretien version 2

GUIDE D'ENTRETIEN

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à cette étude réalisée dans le cadre de ma thèse. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit à l'écrit. Soyez assuré que cet entretien sera anonymisé et que vous avez la possibilité de l'interrompre à n'importe quel moment et de sortir de l'étude si vous le souhaitez.

Je m'intéresse à votre ressenti concernant la télémédecine et son impact dans votre pratique.

Information démographique

- Age ?
- Sexe ?
- Depuis combien d'années êtes-vous installé(e) ?
- Quel est votre secteur d'exercice ? (Rural, urbain).
- Quel est votre mode d'exercice ? (Seul, maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé, cabinet de groupe).
- Êtes-vous Informatisé ou non ? Avez-vous une bonne connexion internet ? Possédez-vous une webcam ou un smartphone ?

Question 1 : Ressenti vis-à-vis des nouvelles technologies.

Avec le développement des nouvelles technologies d'information et de communication en santé, comment voyez-vous l'évolution de votre pratique médicale ?

Quels sont les points positifs ?

Quels sont les points négatifs ?

Question 2 : La télémédecine : avis.

Plus spécifiquement, quel est votre avis sur le développement de la télémédecine en France ?

Que pensez-vous de la téléconsultation et de la téléexpertise ?

Que pensez-vous du remboursement de ces actes ?

(Points positifs, points négatifs)

Quel est son impact sur le parcours de soin ?

Question 3 : La télémédecine : expérience

Avez-vous déjà eu recours à la télémédecine ?

Si Oui : Dans quelles circonstances ? Quels en sont les atouts pour vous ?

Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés ?

Si Non : Pour quelles raisons ? Quels sont les freins à son utilisation ?

Qu'est ce qui favoriserez son utilisation ?

Question 4 : Impact de la crise sanitaire du coronavirus

Comment la crise du coronavirus a-t-elle impacté votre point de vue sur la télémédecine ?

Question 5 : Télésurveillance et Echange entre professionnels

Que pensez-vous des applications ou logiciels favorisant l'échange de données entre professionnels de santé comme Paaco-globule ou apicrypt ?

Qu'est que ça apporte ou pourrait apporter à votre pratique ?

Question 6 : Le cabinet de demain

Quel impact pensez-vous que ses nouvelles technologies auront sur les cabinets médicaux de demain ?

Comment voyez-vous votre cabinet médical dans 10 ans ?

Question 7 : Rôle des autorités de santé

Que pensez-vous du rôle des autorités de santé dans ce développement numérique ?

Relance : pouvez-vous m'en dire plus ? Pouvez-vous m'en dire d'avantages ? Me donner des exemples ?

Annexe 5 : Extrait du carnet de bord

Compte rendu de codage

Extrait du carnet de bords : Compte rendu de codage

Entretien 2 : 13/02/2020

N'a jamais fait de téléconsultation.

- Ne se voit pas faire de la téléconsultation pour des patients en dehors de sa patientèle habituelle car ne connaît pas les patients.
- Utilisation plus adaptée au conseil et à la surveillance.
- Téléconsultation intéressant dans les zones où il y a un manque de médecin pour avis spécialisé. Mais qui donne un avis si les médecins ne veulent voir que leurs propres patients ?
- En zone urbaine pense que ça peut aboutir à une surconsommation médicale, une ubérisation médicale mais aussi un nomadisme important. Une réponse rapide peu importe la qualité.
- N'as pas vraiment de notion de téléexpertise, qu'il définit plus comme un questionnaire médical pour les assurances.
- Il y a une méconnaissance de la définition de télé médecine, défini comme une consultation numérique par message et par l'intermédiaire d'une IDE.
- Frein :
 - o Technique et financier pour la mise en place ;
 - o Manque de formation pour utilisation ;
 - o Consumérisme médical ;
 - o Risque d'erreurs médicales sans examen physique ;
 - o Responsabilité légale et assurance ;
 - o Organisationnel pour intégration à la pratique.
- Comment intégrer la télé médecine dans la pratique, nouvelle consultation en plus du reste ? A la place du reste donc moins de consultation physique ? Sur les heures de repos donc moins de temps libres ?
- Le médecin s'inquiète aussi du ressenti du patient, comment va-t-il s'en saisir ?

Entretien 4 : 21/04/2020

A fait des téléconsultations téléphoniques pendant Covid19, mais pas de vidéo transmission.

- Médecin plutôt défavorable à la télé médecine. Elle y voit une pratique mise en place à défaut de mieux mais ne répondant pas aux problèmes démographiques actuels.
- Voit la télé médecine (téléconsultation ou téléexpertise) comme une aide ponctuelle, un avis ou évaluation aigue, mais pas pour le suivi des personnes chroniques.
- Pour ce médecin, la médecine nécessite une implication mutuelle avec ses contraintes organisationnelles. La facilité ne peut qu'être délétère à la médecine de ville.

- Rémunération : Ce médecin ne considère pas la téléconsultation comme égale à la consultation, elle considère donc pas que sa rémunération doit être moins importante. Pour la téléexpertise ne voit pas trop l'intérêt d'une nouvelle cotation compliquée, préférerait une revalorisation de la consultation (G).
- La télémédecine n'est pas la solution à long terme, peut être peut-elle nous faire passer un cap à court terme, mais ne révolutionnera pas la médecine.
- Ce médecin ne voit pas sa pratique sans un examen clinique, qui est personnel. Se dit prête à déléguer à une tierce personne (étudiant en médecine) mais veut pouvoir reprendre le contrôle à tout moment. Nécessité de contrôle. Ne peut pas déléguer à une IDE de l'autre côté d'un écran. Besoin de contact humain.
- Impression d'une télémédecine par les jeunes médecins, avec un développement en zone urbaine plutôt qu'en campagne.
- Avantage : économie de transport des personnes âgées et donc confort de rester à domicile. Ça permet aussi de diminuer le nombre de visite à domicile (Paaco-globule). Ce médecin y retrouve aussi l'avantage de garder une certaine distance avec certains patients qu'elle n'aurait pas envie de voir.
- Téléexpertise permet accès rapide aux spécialistes.
- Risque de surconsommation/marchandisation de la médecine (surtout en zone urbaine où relation médecin patient moins importante), opposé des valeurs de la médecine générale, risque de demande d'immédiateté exacerbée au détriment de soins de qualité.
- L'écran crée une distanciation qui impact négativement la relation médecin patient et accentue la sensation de marchandisation et consommation.
- Crainte d'une perte de franchise des patients et des médecins en téléconsultation.
- Frein : vieillissement des médecins : population de médecin vieux, peu intéressé par la télémédecine qui est une pratique de jeune.
- Crise COVID : Obligation du recours à la téléconsultation pour limiter les risques sanitaires et par demande des patients qui ne souhaite pas se déplacer dans ce contexte (même jeune). Obligation financière devant la perte de patient en consultation. Mais surtout renforcement des convictions de ne pas faire de téléconsultation (malgré l'absence de vraie téléconsultation). Emergence d'une crainte d'habitude des patients à la téléconsultation avec le désir de ne plus se déplacer.
- Paaco-globule : Très utile pour la coordination des soins en ville, pour suivi spécialisé, mais perte de vie privée par notifications intempestives. Perte de norme sociale et de bienséance à cause d'une interface numérique. Améliore suivi des patients grâce à une meilleure coordination interprofessionnelle.
- Ne s'imagine pas vraiment la médecine du futur, mais y voit quand même de la télémédecine en journée dédié.
- Dit faire naïvement confiance aux autorités pour encadrer la télémédecine, mais souhaite surtout un contrôle strict des dérives et un cadre bien défini. Craint un contrôle purement d'ordre financier sans se soucier du cadre médical.
- Pour finir, définit la médecine comme un artisanat, mais ne la voit pas comme un bien de consommation. Elle doit évoluer mais ne doit pas être dénaturée.

Entretien 6 : 05/05/2020

Pratique la téléconsultation à la suite de la crise COVID19.

- Télémédecine = pratique d'avenir, très intéressante, dont les patients vont vite se saisir.
- Téléexpertise intéressante, mais ne se développe pas car mauvaise communication entre spécialiste et généraliste.
- Critique : Téléexpertise ne permet pas de construire un réseau de spécialiste, souvent spécialiste autre et même inconnue si plateforme.
- Valorise logiciel d'aide diagnostic et aide prescription, vraiment top dans la pratique médicale.
- Messagerie sécurisée bien, mais pas de communication entre professionnel, pas d'information sur bonne réception des documents (accusé de réception).
- Critique la nécessité de mail non sécurisé pour communication avec spécialistes et patients.
- Tout le monde n'a pas la même messagerie, donc problème : outil commun serait mieux.
- Trop de logiciel/outils différent, trop de numérique : Perte de temps et perdu dans le nombre.
- Cependant, télémédecine doit être réservée au parcours de soin patient-médecin traitant. Trop compliqué avec patient inconnu (mis en place pendant Covid19).
- Remboursement bien, surtout pendant crise -> tiers payant.
- Problème de mensualisation des paiements par société de téléconsultation : mercantile, trésorerie.
- Nécessité de téléconsultation cadrée, parcours de soins et vu dans l'année. Peur de mauvaise prise en charge patient inconnu.
- Intérêt téléconsultation pour pathologie mineur, (cystite, etc.) dermato, psychologie, administratif, prolongation arrêt. Permet de consulter les patients dépressifs chez eux pour garder contact social même si ne veut pas sortir de chez eux.
- Souhaiterait avoir une liste détaillée pour aider à trier les motifs possibles en téléconsultation.
- Atout : facilité accès au rdv pour certain patients : personne âgée sans transport en journée, personne actif ne pouvant consulter dans la journée. (Permet consultation sur heure de repos, pause), donc récupération d'une partie de la patientèle active.
- Permet aussi d'évaluer si urgence ou non pour consultation physique
- Obstacle : Visibilité, problème de netteté des vidéos pour dermato (alors que la téléconsultation est considérée comme bien pour le dermato), caméra moins précise que photos.
- Problème de réseau internet et téléphonique : coupure de connexion, problème de son, devoir rappeler.
- Problème d'accès aux technologies pour certains patients (ne savent pas s'en servir, ...).
- COVID : tremplin pour la télémédecine, augmentation considérable du nombre (pense que ça va durer).
- Incitation à faire de la télémédecine dans ce contexte, donc prise en main, test et lutte contre les appréhensions, incite les réfractaires à essayer (médecin et patient).
- Permet de mettre en évidence les failles afin de faire évoluer la pratique.
- Messagerie sécurisée : Simple boîte aux lettres rapides, pas d'échange avec les spécialistes. Souhaite une amélioration sur ce plan-là.

- FUTUR : Explosion télémédecine en dermatologie, téléexpertise aussi car échange de données sécurisées, meilleures explications qu'au téléphone, et traçage des demandes (protection juridique).
- Autorités doit cadrer la télémédecine, avec respect du parcours de soin.
- Peur du nomadisme et consommation médicale, avec perte de chance pour les patients.
- Peur de recherche de facilité de la part des patients, qui préfèrent rester chez eux plutôt que se déplacer.

Entretien 8 : 27/05/2020

Pratique la téléconsultation depuis janvier 2020.

- Content du développement de télémédecine, amélioré par crise sanitaire qui permet de se faire une idée.
- Valorise les jeunes médecins qui font de la télémédecine pour pallier départ à la retraite des médecins âgés. Les jeunes médecins = solution (avant les vieux médecins expérimentés étaient la référence, on modernise la pratique avec une valorisation des jeunes médecins).
- Ne connaît pas la téléexpertise officielle, en fait depuis toujours avec correspondants habituels par canaux non officiel. Ne connaît pas les logiciels officiels
- Valorise remboursement d'un travail de conseil et d'avis déjà fait avant.
- Heureux d'une bonne acceptation par les patients du paiement de la téléconsultation.
- Les personnes âgées préfèrent consultation au cabinet, donc pas de place pour les jeunes : télémédecine permet place rapide pour les jeunes : les patients âgés consultent en présentiel. Amélioration accès aux soins pour jeunes patients débordés.
- Téléconsultation plus rapide que consultation, donc plus de créneaux possibles.
- Téléconsultation pour tous motifs : possibilité de faire revenir les patients par la suite si besoin, mais surtout petites infections et conseils.
- Sauf arrêt de travail, est contre les arrêts en téléconsultation, à part arrêt pour patient avec problèmes psychologiques.
- Atout : permet de prendre en charge patient qui n'a pas le temps de se déplacer, flexibilité (retard facile à prévenir, avec moins d'impact), moins de monde en salle d'attente, Diversification de l'activité du médecin, plusieurs modes d'exercice, donc une pratique plus agréable, moins monotone.
- Difficulté : Pas d'examen clinique : Peut être difficile selon les cas, mais a l'avantage de recentrer la consultation sur l'interrogatoire et de reprendre une base sémiologique. Remplace l'interrogatoire dans la pratique médicale et donc améliore la communication (le patient est acteur de sa prise en charge).
- Heureux d'une bonne acceptation par les patients de l'absence d'examen clinique, téléconsultation sérieuse avec interrogatoire poussé bien acceptée.
- Frein : Problème de connexion internet et réseau téléphonique
- COVID : Tremplin pour téléconsultation, incite tous les médecins à faire de la téléconsultation et donc à se faire une idée de la pratique. Faire disparaître les préjugés ou conforter les idées.

- Messagerie sécurisée : gain de temps, rapidité d'information, stop au papier, vivre avec son ère numérique, prise en charge plus rapide et plus adaptée avec information instantanée.
- Accès aux biologies plus rapide et donc prise en charge patient aussi.
- Avenir : Articulation de pratique avec réseaux informatique pluriprofessionnels. Image du médecin qui fait des visites à domicile avec des tablettes et accès au dossier du patient. Gain de temps et d'efficacité bénéfique pour couvrir la demande médicale.
- Autorité : Rôle d'information des médecins et des patients. La télémédecine se développe grâce aux sociétés qui font du démarchage et viennent vendre leur produit, mais risque de dérive pécuniaire.
- Nécessité de formation des médecins, directement à l'université pendant les études de médecine, c'est une pratique différente qui nécessite une formation dédiée.
- Souhaite que tous les médecins s'y mettent pour légitimer la pratique aux yeux des patients
- Danger : Critique les plateformes de télémédecine car mauvaise connaissance des dossiers patient et risque de mauvaise prise en charge.
- Risque de dérive avec développement de plateforme à but lucratif, qui finalement ne font que de la régulation et demande de reconsulter le MT.
- Crainte d'une marchandisation et surconsommation de la médecine, avec demande d'avis à répétition.
- Souhaite une pratique cadrée et protocolisé pour limiter les dérives,
- Crainte d'une surmédicalisation de certains patients par les plateformes par manque d'information sur le patient (hypochondriaque, plaintes chroniques).
- Valorise une modernisation du patient devenu expert, prenant lui-même ses constantes et pouvant les transmettre au médecin lors de la téléconsultation.
- Valorise possibilité de transmettre des documents grâce aux logiciels de téléconsultation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 leurs 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ :

Impact de la télémédecine dans l'évolution de la pratique médicale : Étude du ressenti des médecins généralistes de Gironde.

Contexte : L'année 2018 a marqué une avancée majeure pour la télémédecine grâce à la reconnaissance officielle par l'Assurance Maladie de la téléconsultation et de la télé-expertise. Cependant, malgré cette reconnaissance, la télémédecine s'est développée lentement et n'a pris son essor qu'à la suite d'une crise sanitaire majeure induite par le coronavirus en mars 2020.

Objectif : Évaluer le ressenti des médecins généralistes sur l'impact de la télémédecine dans l'évolution de leur pratique médicale.

Méthode : Étude qualitative avec recueil de données par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux de Gironde. Réalisation d'un échantillonnage à variation maximale jusqu'à saturation des données. Analyse par théorisation ancrée assistée par logiciel NVivo 12® et triangulation par deux chercheurs.

Résultat : 11 médecins généralistes ont été interrogés entre janvier et juin 2020. Pour eux, la télémédecine répondait à l'évolution naturelle de la médecine, s'adaptant aux besoins de communication de la société actuelle. L'impact sur la relation médecin-patient et le risque de consumérisme médical étaient au cœur des préoccupations. Les médecins exprimaient donc le besoin d'un meilleur encadrement de cette pratique. Le fort déploiement de la téléconsultation lors de la crise du coronavirus a démontré un impact positif sur la relation médecin-patient et un bon respect du parcours de soins par les patients.

Conclusion : Les médecins généralistes ont un ressenti plutôt positif concernant l'évolution de leur pratique. La télémédecine est vue comme un outil d'avenir, complémentaire à la consultation physique, mais son développement nécessite d'améliorer la communication entre les autorités de santé et le corps médical.

Mots Clés : télémédecine, médecins généralistes, Téléconsultation, Télé-expertise, recherche qualitative.

ABSTRACT :

Telemedicine impact in evolution of medical practice: Study of feelings of general practitioners in Gironde.

Background: Year 2018 brought a major leap forward for telemedicine thanks to the official recognition by Health Insurance of teleconsultation and tele-expertise. However, despite this recognition, telemedicine developed slowly and took off following the major health crisis induced by coronavirus in March 2020.

Objective: Assess the feeling of general practitioners on telemedicine impact in evolution of their medical practice.

Methods: Qualitative study with data collection via semi-structured individual interviews among liberal general practitioners of Gironde. Performing a maximum of variation sampling until data saturation. Analysis by anchored theorizing assisted by NVivo 12® software and triangulation by two researchers.

Results: Eleven general practitioners were questioned from January to June 2020. According to them, telemedicine answer to natural evolution of medicine, adapting to the communication requirements of today's society. Impact on the doctor-patient relationship and the risk of medical consumerism were at the heart of concerns. Doctors expressed the need for better supervision of this practice. The extensive deployment of teleconsultation at the moment of the coronavirus crisis, allowed to show a positive impact on the doctor-patient relationship and a good respect of healthcare circuit.

Conclusion: General practitioners have an overall feeling rather positive regarding the evolution of their practice. Telemedicine is seen as a tool of the future, complementary of conventional physical medical consultation, but its development requires to enhance communication between health authorities and the medical profession.

Key words: telemedicine, general practitioner, teleconsultation, tele-expertise, qualitative research.

Discipline : Médecine générale

Université de Bordeaux, U.F.R des Sciences médicales, 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux