



**HAL**  
open science

# Perception des médecins généralistes quant à leur pratique de la téléconsultation : étude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouelley (Manche, 50)

Rose-Danielle Jouan, Hugo Lamy

## ► To cite this version:

Rose-Danielle Jouan, Hugo Lamy. Perception des médecins généralistes quant à leur pratique de la téléconsultation : étude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouelley (Manche, 50). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03154844

**HAL Id: dumas-03154844**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03154844>**

Submitted on 1 Mar 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----  
UFR de SANTÉ

Année 2020

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

Présentée et soutenue publiquement le : Mercredi 26 août 2020

par

Madame Rose-Danielle NSOM EYENGA NDILLE épouse JOUAN

Née le 11 avril 1991 à LA TRONCHE (38)

Et

Monsieur Hugo LAMY

Né le 26 octobre 1987 à ROUEN (76)

**Perception des médecins généralistes quant à leur pratique**  
**de la téléconsultation**  
**Etude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de**  
**téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouelley (Manche, 50)**

**Président :** Monsieur le Professeur SABATIER Rémi

**Membres :** Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie

Monsieur le Professeur LE BAS François

***Madame le Docteur HOFFERER Agnès, Directrice de thèse***

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

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

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. De communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie

M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

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

M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

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

### **PROFESSEURS EMERITES**

M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

**Année Universitaire 2019/2020****Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

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

Madame Sarah CHEMTOB

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

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale

<b>Mme</b>	<b>LEVALLET Guénaëlle</b>	Cytologie et Histologie
<b>M.</b>	<b>MITTRE Hervé</b>	Biologie cellulaire
<b>M.</b>	<b>SESBOÛÉ Bruno</b>	Physiologie
<b>M.</b>	<b>TOUTIRAIS Olivier</b>	Immunologie
<b>M.</b>	<b>VEYSSIERE Alexis</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

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

<b>Mme</b>	<b>ABBATE-LERAY Pascale</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>COUETTE Pierre-André</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>DE JAEGHER Sophie</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>PITHON Anni</b>	Médecine générale
<b>M.</b>	<b>SAINMONT Nicolas</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>SCHONBRODT Laure</b>	Médecine générale

#### **MAITRES DE CONFERENCES EMERITES**

<b>Mme</b>	<b>DEBRUYNE Danièle</b>	Pharmacologie fondamentale
<b>Mme</b>	<b>DERLON-BOREL Annie</b>	Hématologie
<b>Mme</b>	<b>LEPORRIER Nathalie</b>	Génétique

## Remerciements communs

Au Professeur Remi Sabatier,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants et nous vous remercions pour votre implication.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

Au Professeur François Le Bas,

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites de siéger à notre jury de thèse. Nous

vous prions d'accepter l'expression de notre respectueuse considération.

Au Docteur Sophie De Jaegher,

Vous nous faites à présent l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Recevez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Au Docteur Agnès Hofferer,

Notre Directrice de thèse,

Merci infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse et de nous avoir accompagné vers son aboutissement, merci pour ta grande disponibilité et ton aide précieuse !



## **Remerciements de Rose-Danielle NSOM EYENGA NDILLE**

A Nicolas, mon « wonderful husband » qui m'a soutenu tout au long de mon internat et lors de la réalisation de cette thèse. Je plane encore de cet amour si sincère et profond, si complice. Le monde est à nous désormais, vers l'infini et l'au-delà !

A mes parents, l'amour, l'éducation et l'accompagnement que vous m'avez prodigué depuis ma naissance m'ont permis de réaliser des choses merveilleuses. J'espère vous rendre toujours fiers. Un grand MERCI.

A mes frangins, loin des yeux mais pas loin du cœur. De nos chansons « Est-ce que tu les vois ces 3 arbres ? » (Vous vous souvenez ?) à nos réalisations de films d'horreur à Bohars ou encore à nos soirées « Trilogie du samedi », on en a de belles choses à se remémorer. Vivement nos prochaines retrouvailles frérot et sista !

A Audrey, ma chère amie, je repense à tous nos moments de partage sur « les aventures pour les nuls », nos lettres et nos soirées pyjama à refaire le monde. Ne change pas, tu es géniale.

A Madhuri, « ma poule », les années passent et notre amitié perdure. Merci pour ton écoute et tous les fous-rires partagés.

A mes chères amies de Kerjean, vous avez marqué ma vie depuis mon entrée à la faculté de médecine. Votre sagesse, la profondeur de nos discussions et votre gentillesse ont le don de m'émouvoir encore aujourd'hui. Je suis tellement fière que vous ayez pu assister à mon mariage.

A mes amies de l'externat : Violette, Nolwenn, Uriell pour tous nos moments de partage les jeudis soirs à Brest et même tous les autres jours de la semaine hein !! Pour le super EVJF que vous m'avez concocté et votre présence à mon mariage, un des plus beaux jours de ma vie « avec Emmanuel » !

A mes amis de Caen : Bhavani, Matthieu, Alex, Laurent, Nathalie... Vous êtes de belles rencontres. Je signe d'emblée pour un restau prochainement avec vous, on ne change pas les bonnes vieilles habitudes !

A Dr Xavier HUMBERT, mon tuteur à la fac, qui m'a apporté son aide et son soutien dans les moments où j'en avais le plus besoin.

A Dr Agnès HOFFERER, ma directrice de thèse. Tu nous as guidé de bout en bout dans la réalisation de cette thèse. Quand j'étais dans le flou, tout s'éclaircissait en l'espace de quelques minutes une fois que nous échangeons lors de nos conférences téléphoniques. Quelle chance pour tes futurs thésards de t'avoir ! MERCI !!

## **Remerciements de Hugo LAMY**

A mes parents, pour leur soutien inconditionnel.

A Perrine et Gaspard, pour la constance et la force de nos liens fraternels.

A Daphné, pour sa patience, son aide, ses encouragements et pour tous les projets qui s'offrent à nous.

A mes potes de lycée, Clément et Maxence, qui m'ont toujours poussé dans les études...

A Marine, pour avoir été à mes côtés pendant toutes mes études.

A mes potes d'externat, JB, Flo, Arnaud, Claire, Aurore, les deux Céline, Servane et j'en passe.

A mes potes d'internat, Hélène, Noémie, Nolwenn, Benjamin, Mouna et tous ceux que j'ai croisé sur mon parcours.

A Agnès, pour avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour ta disponibilité, ton implication et ta motivation.

## Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMM : Centre de Consultations Médicales Maritimes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

DMP : Dossier Médical Partagé

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

FMC : Formation Médicale Continue

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

ORL : Oto- Rhino- Laryngé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SML : Syndicat des médecins libéraux

TAMS : Telemedical Assistance Service

TCM : Téléconsultation médicale

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

## INDEX Tableaux et figures

Figure 1 : le premier guide d'entretien élaboré

Figure 2 : le guide d'entretien final

Tableau 1 : la grille de thèmes initiale

Tableau 2 : la grille de thèmes, version finale

Figure 3 : mail aux praticiens

Figure 4 : questionnaire des données socio-épidémiologiques et équipements numériques

Tableau 3 : tableau récapitulatif des données socio-épidémiologiques et équipements numériques

Figure 5 : déclaration de traitement générique et composante à des fins pédagogiques

## Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1. PRESENTATION GENERALE DE LA TELEMEDECINE .....	1
1.1. Historique .....	1
1.1.1. L'ère du télégraphe et du téléphone (1840-1920) .....	1
1.1.2. L'ère de la radio (1920-1950).....	1
1.1.3. L'ère de la télévision et des technologies spatiales (1950-1990).....	2
1.1.4. L'ère des technologies numériques (à partir des années 1990) .....	2
1.2. Définitions.....	2
1.2.1. La téléconsultation.....	3
1.2.2. La téléexpertise.....	3
1.2.3. La télésurveillance médicale.....	3
1.2.4. La téléassistance médicale.....	3
1.2.5. La réponse médicale .....	3
2. REGLEMENTATION EN FRANCE.....	4
2.1. Système juridique national.....	4
2.1.1. Définition de la télémédecine L'article 78 de la loi 2009-879 (10) stipule que:.....	4
2.1.2. Réglementation des médecins individuels qui fournissent des services de télémédecine .....	5
2.2. Ordre national des médecins .....	6
2.2.1. Définition de la télémédecine.....	6
2.2.2. Cadre de réglementation de la télémédecine .....	6
2.2.3. Réglementation des médecins individuels qui fournissent des services de télémédecine .....	7
2.3. Assurance Maladie .....	7
2.3.1. Définition de la télémédecine.....	8
2.3.2. Cadre de réglementation de la téléconsultation.....	8
2.3.3. Réglementation des médecins individuels qui pratiquent des TCM .....	9
3. PROBLEMATIQUE .....	10
3.1. Zones sous-denses : Cas de la Basse Normandie .....	10
3.2. La « Stratégie Nationale de Santé » .....	11
3.3. Problématique .....	12
<b>Matériel et méthodes .....</b>	<b>13</b>
1. Le type d'étude .....	13
2. Population étudiée et recrutement .....	13
3. Recherche bibliographique .....	13
4. Les entretiens.....	14
4.1. De type individuel semi-dirigé.....	14
4.2. Le guide d'entretien .....	14
4.3. La grille d'anonymisation.....	15
4.4. Déroulement des entretiens .....	15
4.5. Analyse des données .....	15
4.5.1. Retranscription des données .....	15
4.5.2. Analyse thématique .....	16

<b>Résultats .....</b>	<b>17</b>
1. Caractéristiques socio-épidémiologiques et équipements numériques au sein des cabinets médicaux .....	17
1.1. Age et sexe.....	17
1.2. Année d'installation.....	17
1.3. Types de cabinet et de secrétariat .....	17
1.4. Zone et mode d'exercice .....	17
1.5. Date de début d'exercice des téléconsultations et activité hebdomadaire en téléconsultations .....	17
2. Dispositif.....	18
2.1. Intérêt du médecin pour le projet.....	18
2.2. Préparation du projet .....	18
2.3. Plate-forme et logiciel .....	18
2.4. La cellule de coordination .....	19
2.5. Sécurité des données.....	19
2.6. Fonctionnement des outils connectés .....	19
2.7. La problématique du réseau.....	20
2.8. Coordination avec l'IDE .....	20
2.9. Frein au déploiement .....	21
2.10. Comparaison avec la téléconsultation « classique » (par visio seule) .....	21
3. Prise en charge thérapeutique.....	22
3.1. Profil des patients.....	22
3.2. Motifs de consultations .....	22
3.3. Aisance du médecin.....	23
3.4. L'examen clinique à distance.....	24
3.5. Place de l'IDE dans la prise en charge du patient.....	24
3.6. Influence sur la prise en charge thérapeutique .....	25
3.7. Suivi des patients.....	26
3.8. Rendement et rémunération.....	27
4. Relation médecin-patient .....	27
4.1. Comparaison avec une consultation présenteielle .....	27
4.2. Aisance de l'échange avec le patient .....	27
4.3. Communication de l'autorité, de l'empathie, de la confiance.....	28
4.4. Place de L'IDE dans la relation médecin-malade.....	29
4.5. Adhésion du patient au projet thérapeutique .....	29
5. Perception globale .....	30
5.1. Satisfaction générale du praticien.....	30
5.2. Satisfaction générale du patient.....	30
5.3. Satisfaction générale des IDE .....	31
5.4. Démographie et zone sous-dense .....	31
5.5. Service rendu .....	32
5.6. Les dérives .....	32
6. Perspectives et souhaits .....	33
6.1. IDE.....	33
6.2. Les outils connectés.....	33
6.3. Formation des étudiants .....	34

6.4. Poursuite des téléconsultations à Saint-Georges.....	34
<b>Discussion .....</b>	<b>36</b>
1. Forces de l'étude.....	36
1.1. Méthodologie .....	36
1.2. Population.....	36
1.3. Entretiens.....	36
1.4. L'analyse .....	36
2. Limites de l'étude.....	37
2.1. La population .....	37
2.2. Les entretiens .....	37
3. Analyse des thèmes .....	37
3.1. Le dispositif.....	38
3.2. La prise en charge thérapeutique.....	39
3.3. Relation médecin-patient.....	40
3.4. Perception globale.....	40
3.5. Perspectives et souhaits.....	41
4. Exploitation des résultats et comparaison avec la littérature .....	42
4.1. Dispositif.....	42
4.2. Prise en charge thérapeutique .....	43
4.3. Relation médecin-patient .....	45
4.4. Perception globale.....	45
4.5. Perspectives et souhaits .....	46
<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
Bibliographie .....	49
Annexes .....	52
Annexe 1 : le premier guide d'entretien élaboré .....	52
Annexe 2 : le guide d'entretien final .....	53
Annexe 3 : la grille de thème initiale.....	54
Annexe 4 : la grille de thèmes, version finale.....	55
Annexe 5 : Mail aux praticiens.....	56
Annexe 6 : questionnaire des données socio-épidémiologiques et équipements numériques.....	57
Annexe 7 : tableau récapitulatif des données socio-épidémiologiques et équipements numériques.....	58
Annexe 8 : déclaration de traitement générique de composante à des fins pédagogiques.....	60

## Introduction

### **1. PRESENTATION GENERALE DE LA TELEMEDECINE**

#### **1.1. Historique**

La télémédecine s'est construite en tant que discipline au fur et à mesure que les cliniciens se sont appropriés de nouvelles technologies.

Comme le dit Norris A.C (1) le développement de la télémédecine est lié à celui des Technologies de l'Information et de la Communications (TIC). Ainsi, on distingue quatre grandes étapes de développement de la télémédecine correspondant aux évolutions successives depuis le télégraphe et le téléphone jusqu'aux technologies numériques.

##### **1.1.1. L'ère du télégraphe et du téléphone (1840-1920)**

Ce fut tout d'abord le télégraphe puis le téléphone (1840-1920). Pendant cette période fut transmis le premier électrocardiogramme (ECG) par Willem Einthoven en 1905 à une distance de 1,5 km (1).

##### **1.1.2. L'ère de la radio (1920-1950)**

De 1920 à 1930, avec le développement des ondes radios, fut créée une assistance sanitaire aux marins aux Etats-Unis. Une station radio basée à New York proposait une consultation gratuite à tous les marins.

Sur le même modèle s'est développé en Italie entre 1935 et 1996 le Centre International Italien de Radiomédecine.

En France, le Centre de Consultations Médicales Maritimes (CCMM) ou TAMS : Telemedical Assistance Service (2) (3) a vu le jour à la fin de la deuxième guerre mondiale. Le développement de la télémédecine pendant l'ère de la radio a permis un essor de l'aide médicale en mer. Celle-ci visait à apporter à tout navigant les soins de la meilleure qualité possible et reposait sur :

- Les performances des systèmes de télécommunication disponibles
- La composition de la dotation médicale embarquée
- La compétence du responsable des soins à reconnaître les situations justifiant le recours à la téléconsultation, à pratiquer un examen clinique complet et fiable et à pratiquer les gestes de soins prescrits.

Ce service est toujours en activité en France.



### **1.1.3. L'ère de la télévision et des technologies spatiales (1950-1990)**

L'invention de la télévision dans les années 1950 permettant d'allier la vue directe du patient à la description audio a été une étape importante du développement de la télémédecine.

Le premier échange vidéo interactif a mis en lien des psychiatres et des médecins généralistes entre l'institut psychiatrique du Nebraska et l'hôpital de Norfolk à 180 km de distance à la fin des années 1950.

De nombreux programmes ont ensuite été mis en place en milieu rural aux Etats-Unis démontrant les possibilités techniques de la télémédecine afin d'améliorer la coordination et la prise en charge médicale.

Le déploiement des satellites dans les années 1960 accroît la capacité de la télémédecine à s'affranchir des distances. C'est ainsi qu'en 1964 un ECG et une radiographie du thorax furent envoyés du paquebot France naviguant sur l'Atlantique vers Paris et New York.

### **1.1.4. L'ère des technologies numériques (à partir des années 1990)**

L'avènement du numérique dans les années 1990 a permis l'échange de données de plus en plus complexes. Ainsi, le programme *Spacebridge to Armenia* permit des consultations, à partir des Etats-Unis, de la population arménienne sinistrée dont les infrastructures médicales ont été dévastées par le tremblement de terre de 1988.

Une autre prouesse a été réalisée en 2001 par le Professeur Jacques Marescaux depuis New York au cours d'une opération portant le nom de code « Lindbergh » rendue possible grâce à l'utilisation de la fibre optique. Il s'agissait d'une cholecystectomie sur une patiente se trouvant dans un service du CHU de Strasbourg.

De nos jours, le maillage du territoire par la fibre optique, le développement de logiciels médicaux et l'apparition du dossier médical informatisé favorisent l'expansion de la télémédecine.

## **1.2. Définitions**

Il existe deux types de télémédecine : la clinique et l'informatique (4). Nous excluons de notre propos la télémédecine informative (5), e-santé ou télésanté, qui correspond aux services commerciaux de la société des systèmes d'information en santé. Afin d'alléger la lecture de la présente thèse, nous ne préciserons pas le terme clinique qui sera sous-entendu dans la dissertation.

D'après l'article L. 6316-1 du Code de la santé publique (6), la télémédecine est définie comme : « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de

santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel de santé médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ». De plus, celle-ci « 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 ».

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (7) précise les cinq actes qui sont effectués dans le cadre de la télémédecine.

#### **1.2.1. La téléconsultation**

Il s'agit d'un patient qui consulte à distance un médecin, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé auprès du patient dans un but d'aide à l'examen clinique.

#### **1.2.2. La téléexpertise**

La téléexpertise permet à deux ou plusieurs professionnels de santé médicaux de donner à distance leurs avis d'experts spécialistes sur le dossier médical d'un patient.

#### **1.2.3. La télésurveillance médicale**

La télésurveillance permet de suivre à son domicile un patient atteint d'une maladie chronique. Ce suivi est réalisé grâce à des indicateurs cliniques et/ou biologiques collectés spontanément par un dispositif médical ou saisis directement par le patient ou par un auxiliaire médical puis transmis au professionnel médical via des services commerciaux de telemonitoring.

#### **1.2.4. La téléassistance médicale**

La téléassistance permet à un professionnel médical d'assister à distance un professionnel de santé non médical.

#### **1.2.5. La réponse médicale**

La réponse médicale concerne l'aide apportée par la télémédecine dans le cadre de la régulation médicale d'urgence mentionnée à l'article L6311-2 (8) et au troisième alinéa de l'article L6314-1 du code de la santé publique (9).

La présente thèse ciblera plus précisément la téléconsultation en médecine générale et sera désignée de façon générique télémédecine.

## **2. REGLEMENTATION EN FRANCE**

La France est l'un des premiers pays de l'UE à voter un cadre juridique spécifique pour la télémédecine, avec la mise en œuvre de l'article 78 de la loi 2009-879 (10) et d'un décret un an plus tard. Ce décret n° 2010-1229 (7) a été inséré dans le code de santé publique, qui est une façon de considérer, du point de vue juridique, la télémédecine comme un acte médical standard (qui ajoute et ne remplace pas les actes médicaux actuels).

### **2.1. Système juridique national**

#### **2.1.1. Définition de la télémédecine**

L'article 78 de la loi 2009-879 (10) stipule que:

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il relie deux professionnels de la santé ou plus entre eux, ou un patient à un ou plusieurs professionnels de la santé. Au moins un d'entre eux doit être un professionnel de la santé et, le cas échéant, plus d'un professionnel peut prodiguer des soins au patient.

« La télémédecine permet d'établir un diagnostic, de fournir un suivi préventif ou des soins post-thérapeutiques à un patient à risque, de demander des conseils spécialisés, de décider d'une voie thérapeutique, de prescrire des produits, prescrire ou fournir des services médicaux ou surveiller l'état des patients.

« Ce qui constitue les activités de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre et le soutien financier auquel un patient a droit sont établis par un décret qui tient compte des lacunes dans la prestation des soins en raison de l'insularité et de l'isolement géographique. »

— Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 (10).

Le Décret d'Octobre 2010 (7) a défini les principaux domaines de la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise, télémonitoring, téléassistance et télésurveillance), la mise en œuvre de la télémédecine en particulier l'authentification des professionnels de la santé impliqués dans la loi sur la télémédecine, l'identification du patient, l'accès des professionnels aux données du patient ainsi que l'organisation de la télémédecine par programmes, contrats ou accords.

## **2.1.2. Réglementation des médecins individuels qui fournissent des services de télémédecine**

La télémédecine a été reconnue comme une forme juridique de prestation de services médicaux en 2009 et, un an plus tard, une description de son cadre réglementaire a été publiée. Par la suite, une stratégie nationale de déploiement a été mise en place.

### **-Admissibilité des médecins à la télémédecine**

Les entreprises et les professionnels de la santé désireux de participer doivent obtenir l'accord de leur ARS local (Agence Régionale de Santé). Ces entités publiques vérifient si les dossiers personnels des patients sont bien sécurisés et si l'activité de télémédecine ne fait pas concurrence aux établissements médicaux existants ou aux médecins de la région. Lors de l'obtention de cet accord, les consultations à distance peuvent être remboursées par la sécurité sociale et les médecins seront même autorisés à délivrer des ordonnances.

Autrement, les médecins pourraient pratiquer le "teleconseil" via Internet, sous plusieurs conditions :

- l'authentification des professionnels de la santé qui interviennent dans le processus ;
- l'identification du patient ;
- l'accès au dossier médical du patient pour effectuer l'acte.

Le pré-requis est que seuls les médecins autorisés à fournir des services en France sont autorisés à exercer la télémédecine.

### **-Facturation**

Les médecins français ont le droit de facturer au gouvernement certains services médicaux fournis par téléphone au même taux qu'ils facturent pour les services fournis dans leurs bureaux ou hôpitaux, dans le cadre de la nouvelle législation française visant à promouvoir l'utilisation de la télémédecine et à remédier aux inégalités régionales dans la disponibilité des services médicaux.

Les médecins auront le droit de facturer les services de télémédecine dans quatre situations : consultations sans la présence physique du patient, dans lesquelles le patient peut être seul ou accompagné d'un autre médecin en personne, afin de clarifier les données cliniques ou de collaborer à l'examen physique ; l'échange de renseignements médicaux entre deux médecins ou spécialistes ; les suivis médicaux ; et pendant la « téléassistance » d'un médecin qui effectue une intervention médicale.

-Préoccupations relatives à la protection de la vie privée

La protection des dossiers médicaux des patients est un obstacle juridique important au développement de la télémédecine en France. Le décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 (11) fixe le contrôle strict de la collecte et du transfert de données médicales entre patients, professionnels de la santé et entités sociales.

## **2.2. Ordre national des médecins**

### **2.2.1. Définition de la télémédecine**

Dans sa publication intitulée «Télémédecine : recommandations du Conseil de l'Ordre national des médecins », la définition suivante est fournie:

La télémédecine est une forme de coopération dans la pratique médicale, mettant en contact un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de la santé, avec les moyens des technologies de l'information et de la communication, aux fins du diagnostic médical, de la prise de décisions, des soins et du traitement conformément aux règles d'éthique médicale.

— Conseil de l'Ordre national des médecins

En outre, la loi française définit la télémédecine comme un mode de pratique médicale utilisant les technologies de l'information et de la communication, définition appuyée par le Conseil de l'Ordre national des médecins.

De plus, le livre blanc de la FMC (Formation Médicale Continue) sur la e-santé fait une distinction entre la télémédecine telle que définie par la législation et la e-santé comme un concept plus large qui implique « l'utilisation combinée d'Internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducatives et administratives, à l'échelle locale et à distance ».

### **2.2.2. Cadre de réglementation de la télémédecine**

Le Conseil du Décret a des règlements spécifiques concernant la télémédecine, qui relèvent globalement des catégories suivantes :

- les qualifications et la formation, y compris le perfectionnement professionnel continu ;
- discipline et/ou aptitude à la pratique ;
- Cadre éthique de la pratique médicale.

Ils émettent également des recommandations non contraignantes.

En plus de la loi nationale sur la télémédecine en France, le Conseil s'attend également à produire un document « soft law » qui sera accessible au public, aux médecins et aux autres professionnels de la santé.

Le Conseil travaille en coopération avec le gouvernement français, les ARS et la Commission nationale de l'informatique et de la liberté (CNIL).

### **2.2.3. Réglementation des médecins individuels qui fournissent des services de télémédecine**

Le Conseil réglemente les professionnels de la santé. Il réglemente tous les médecins inscrits en France, quelle que soit leur spécialité.

Un aperçu des responsabilités des médecins (10) lorsqu'ils pratiquent la télémédecine comprend :

- Les responsabilités générales qui s'appliquent à la télémédecine.
- Le patient doit donner son consentement pour une consultation ou un traitement de télémédecine.
- Le médecin doit assurer la confidentialité des données.
- Le médecin doit connaître l'équipement, s'assurer qu'il fonctionne correctement et reconnaître les limites de la technologie.

La loi du 21 juillet 2009 (10) suggère que les autorités nationales de régulation des soins de santé devraient définir les situations et les conditions dans lesquelles la télémédecine pourrait être utilisée, comment le médecin traitant et le spécialiste de la télémédecine devraient interagir, ainsi que les exigences techniques.

### **2.3. Assurance Maladie**

L'Assurance Maladie, les mutuelles (organismes complémentaires) et cinq syndicats représentant les médecins libéraux ont trouvé un accord sur les conditions de déploiement de la télémédecine en France à compter du 15 septembre 2018. L'avenant n° 6 à la convention médicale (12) qui permet cette avancée a été signé les 13 et 14 juin 2018 par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), MG France, Le Bloc et le Syndicat des médecins libéraux (SML).

Cet accord permet de poser un cadre propice au développement de la télémédecine en France. La France pourra ainsi rattraper son retard par rapport aux pratiques des autres pays.

### **2.3.1. Définition de la télémédecine**

Pratique médicale fondée sur le recours aux nouvelles technologies et qui permet de :

- simplifier la prise en charge et le suivi des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques dont le nombre est en augmentation : 12 millions de patients en Affection Longue Durée (ALD) en 2016 ;
- améliorer la qualité de vie des patients, en facilitant le maintien dans leur lieu de vie et l'autonomie des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques ;
- faciliter l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et mieux articuler les prises en charge individuelle ou pluridisciplinaire.

### **2.3.2. Cadre de réglementation de la téléconsultation**

Il faut que ce soit le médecin traitant du patient (excepté si patient de moins de 16 ans) sinon :

- Téléconsultation médicale (TCM) sans connaître le patient quand il n'a pas de médecin traitant ou qu'il s'agit d'une urgence relative. Sont impliqués les maisons et pôles de santé. La TCM peut ainsi être effectuée par un médecin autre que le médecin traitant si le patient n'en a pas ou si ce dernier est indisponible. Dans ce dernier cas, l'assurance maladie n'accepte de rembourser le patient que si ce médecin fait partie d'une structure de soins géographiquement proche du domicile du patient. Dans la même mesure, pour les TCM réalisées par les autres spécialités médicales, le fait de ne pas connaître le patient est une condition dérogatoire désormais reconnue dans l'avenant 8 à la convention médicale d'août 2016 et signé le 11 mars 2020 (13) notamment pour les ophtalmologues et les psychiatres ;
- Il doit y avoir un échange vidéo, une plateforme sécurisée ;
- L'échange est possible à domicile via un lien envoyé par le médecin et le patient peut être invité par son médecin à se rendre dans une cabine allouée à la TCM : dans les centres de santé, les pharmacies ou autres lieux publics de proximité ;
- Assistance de la TCM par un infirmier ou un pharmacien. Pour les infirmiers, un acte d'accompagnement du patient à la téléconsultation, en lien avec le médecin, est créé et valorisé dans l'avenant 6 (12), paru en janvier 2020. Il est valorisé différemment selon que l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu, ou organisé de manière spécifique à domicile ou dans un lieu dédié aux téléconsultations (de 10 à 15 euros selon les situations). Quant aux pharmaciens, l'avenant n°15 (14), signé par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Uncam), la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (Uspo), permet

de préciser les modalités de mise en œuvre de la téléconsultation en officine. L'avenant prévoit que les téléconsultations à l'officine seront organisées "dans le respect du parcours de soins coordonné" autrement dit dans le cadre d'un médecin généraliste « connu » du patient.

Nous pouvons citer un nouvel acte paru au journal officiel le 6 septembre 2019 (14) : l'acte de télésoin. L'article 13 de la loi sur le télésoin (15) modifie le chapitre du code de la santé publique encadrant la télémédecine, et modifie son intitulé pour le remplacer par "télésanté". Il crée une nouvelle section au sein du chapitre, consacrée au "télésoin". "Les actes de télésoin remboursés par l'assurance maladie sont effectués par vidéo transmission" et mettent en relation soit un pharmacien d'officine, soit un auxiliaire médical, et un patient. Le remboursement sera subordonné à la réalisation préalable, en présence du patient, soit d'un premier soin effectué par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin, soit d'un premier soin ou d'un entretien pharmaceutique lorsqu'il s'agit d'un pharmacien. "L'accompagnement du patient, le cas échéant, par un autre professionnel n'est pas pris en charge", est-il écrit. Parmi les exemples possibles de télésoin, le gouvernement mentionne dans l'exposé des motifs l'accompagnement par les infirmiers des effets secondaires des chimiothérapies orales, ou les séances d'orthophonie et d'orthoptie à distance. "Le télésoin est la pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux", est-il défini dans le texte. Ainsi, la distinction entre les actes de télésoin et de télémédecine réside fondamentalement dans l'absence de médecin. Le télésoin met en jeu un professionnel paramédical ou un pharmacien.

### **2.3.3. Réglementation des médecins individuels qui pratiquent des TCM**

Un compte-rendu de la TCM devra être émis et figurer dans le dossier médical du patient voire dans son Dossier Médical Partagé (DMP) s'il en possède un. Ces comptes rendus permettent d'assurer la bonne coordination entre les médecins.

Pour faciliter son déploiement, une aide forfaitaire sera versée aux médecins afin qu'ils puissent acquérir plus facilement les équipements nécessaires (appareils médicaux connectés et abonnements à un service sécurisé de téléconsultation), via l'intégration de deux nouveaux indicateurs ajoutés au forfait structure, valorisés jusqu'à 525 euros.

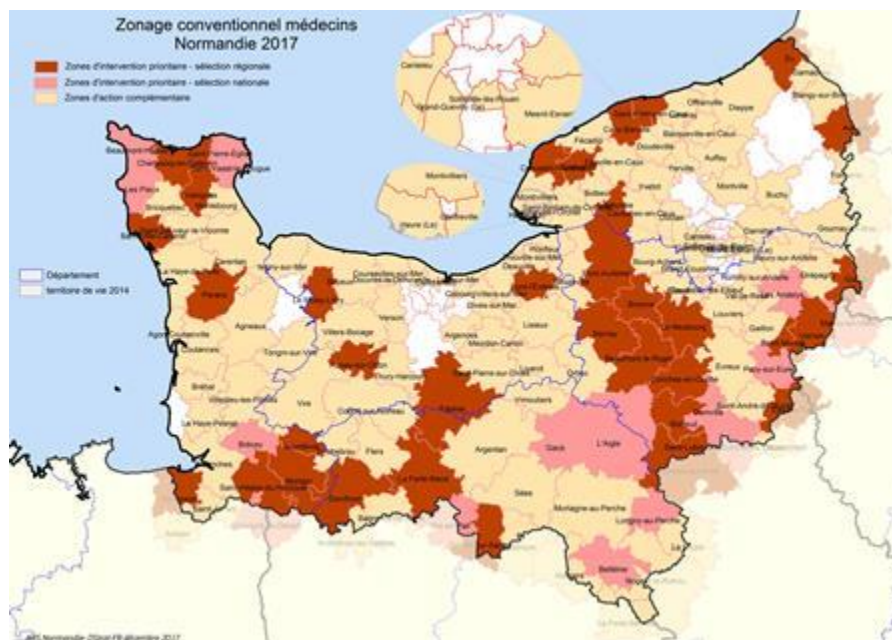


### 3. PROBLEMATIQUE

#### 3.1. Zones sous-denses : Cas de la Basse Normandie

Selon Alexandre Mathieu-Fritz, sociologue du travail spécialiste de télémédecine et de télésanté, le développement de la télémédecine est essentiel car il peut apporter une des réponses aux défis actuels et à venir de notre système de santé : les difficultés d'accès aux soins sur le territoire, notamment dans les zones sous-denses, et le suivi régulier des patients rendu nécessaire par l'allongement de la durée de vie et l'accroissement des maladies chroniques (16).

Une zone sous-dense est une zone souffrant d'un déficit de médecins. Elles sont définies par les ARS et s'y appliquent les aides démographiques conventionnelles. Prenons l'exemple d'une cartographie de la densité médicale en Normandie (17) :



**Cartographie de la densité médicale en Normandie**

En rouge : zones d'intervention prioritaire, sélection régionale

En rose : zones d'intervention prioritaire, sélection nationale

En jaune : zones d'action complémentaire

Les zones d'intervention prioritaire sont les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins et où les aides incitatives financières sont importantes.

Les zones d'actions complémentaires sont moins impactées par le manque de médecins mais nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la région Basse Normandie est très hétérogène dans sa densité médicale. L'Orne est fortement sous dotée en médecins face au reste de

la France. La densité de la Manche est très largement inférieure à celle de la France à 129,8 médecins pour 100 000 habitants. Le Calvados est le seul département de la région à avoir une densité supérieure à la moyenne française.

### 3.2. La « Stratégie Nationale de Santé »

Afin de lutter contre le phénomène des zones sous-denses en France en général, la « Stratégie Nationale de Santé » publiée le 29 décembre 2017 au Journal Officiel (18) décrit un plan s'articulant en quatre axes.

#### a- Renforcer la prévention

La France qui ne consacre que 2% de son budget de santé à la prévention accuse un retard manifeste sur l'Italie par exemple qui en est à 4%. Le gouvernement entend donc à l'horizon 2022, renforcer la prévention dans tous les domaines et tout au long de la vie, et notamment au bénéfice des publics précaires, plus touchés que les autres par le tabagisme et l'obésité entre autres.

#### b- Irriguer les zones sous-denses

Le projet prévoit de doubler le nombre de maisons de santé à l'horizon 2022, étendre des zones bénéficiant d'aides à l'installation des médecins, créer 300 postes partagés entre hôpital et campagne afin de lutter contre les inégalités territoriales.

#### c- Action à l'hôpital

La fin de la tarification à l'acte, qui a enfermé l'hôpital dans des logiques de rentabilité est annoncée. Le ministère ouvre la chasse aux actes inutiles, faits pour gonfler l'activité et obtenir ainsi plus de crédits de l'Etat. Recentré sur les parcours de soins, un nouveau système de financement de l'hôpital est à l'étude.

#### d- Esprit d'innovation

Jugeant que la recherche en santé publique est encore trop peu développée, le ministère va encourager la médecine de demain : prédictive, personnalisée et **numérique** afin notamment de repérer plus tôt les innovations porteuses de progrès. Nous pouvons citer dans les solutions la notion de « virage ambulatoire ». Cela représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux.

### 3.3. Problématique

Saint Georges-de-Rouelley est une commune de 551 habitants au sud-est de la Manche. Dans un périmètre de 12 km autour de celle-ci, 15% de la population n'a pas de médecin traitant (19). C'est dans ce contexte que l'idée d'un projet de téléconsultations en médecine générale a été lancée par le maire du village, soufflée au départ par le Professeur de cardiologie Rémi Sabatier du CHU de Caen (19).

Ce dispositif de téléconsultations a été effectif courant octobre 2018, suite à environ un an d'expérimentations. Il s'agit du premier dispositif normand de téléconsultations entre un médecin généraliste et un patient aidé par un infirmier libéral.

La commune dispose d'un local équipé en matériel connecté (stéthoscope, otoscope, tensiomètre...). Sept médecins généralistes et dix infirmiers libéraux sont volontaires.

Depuis 2013, plusieurs thèses ont été réalisées sur la télémédecine en général et non spécifiquement sur les téléconsultations. Ces thèses portent notamment sur la perception de la télémédecine par les médecins généralistes n'en pratiquant pas (20) (21) (22) (23) (24).

Ainsi, l'aspect novateur du dispositif de Saint-Georges-de-Rouelley et l'absence d'étude de la perception des médecins généralistes pratiquant des téléconsultations nous ont inspiré à réaliser une thèse sur ce sujet. La problématique de notre étude est la suivante : quelle est la perception des médecins généralistes pratiquant des téléconsultations à Saint-Georges-de-Rouelley ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement, nous avons mené des entretiens auprès des médecins « téléconsultant » au sein de ce dispositif.

## **Matériel et méthodes**

### **1. Le type d'étude**

Notre étude a été réalisée avec une analyse qualitative.

Ce choix nous a paru doublement pertinent.

Tout d'abord car il s'agit de l'analyse d'une perception, qui peut être définie comme une « idée, compréhension plus ou moins nette de quelque chose » (dictionnaire Larousse), notre réflexion allait donc intégrer des données psychologiques, culturelles, comportementales, afin de comprendre un phénomène humain, dont l'étude par des données quantitatives nous a semblé limitante.

Une analyse qualitative, accordant une large place à l'interprétation, à la compréhension, nous permet davantage d'explorer le sujet dans toute sa complexité.

Ensuite, l'objet d'étude est un centre de téléconsultations, dispositif nouveau pour la population étudiée, et pratique récente dans l'histoire de la médecine. Une analyse qualitative est alors intéressante pour faire émerger des idées nouvelles, elle permet une étude exploratoire d'un sujet peu étudié.

### **2. Population étudiée et recrutement**

Nous avons inclus dans l'étude la totalité des sept médecins ayant pratiqué des téléconsultations au centre de téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouelley.

Nous avons dans un premier temps contacté par mail la présidente de l'association, en lui présentant brièvement notre projet. Elle a ensuite elle-même contacté les autres médecins du centre. Tous ont donné leur accord pour participer aux entretiens.

Nous avons dans un deuxième temps contacté les médecins individuellement par mail afin de fixer les dates et modalités des entretiens.

### **3. Recherche bibliographique**

Le travail de recherche bibliographique a été mené sur les bases de données Pubmed et Sudoc ainsi que sur le moteur de recherche Google.

Les mots clefs utilisés étaient « remote consultation », « téléconsultation », « télémedecine ».

Les articles étaient répertoriés dans le logiciel Zotero.

Cette recherche nous a servi notamment à la conception de notre guide d'entretien.

Le guide d'entretien devait nous permettre d'aborder de façon la plus exhaustive toutes les problématiques de la téléconsultation, une connaissance de la littérature sur le sujet était donc un préalable indispensable.

## **4. Les entretiens**

### **4.1. De type individuel semi-dirigé**

Nous avons opté pour des entretiens individuels semi-dirigés.

Individuels, par opposition à un entretien de groupe, afin de favoriser l'expression d'un ressenti personnel. En effet le centre de téléconsultations de Saint-Georges est une expérience individuelle, chaque praticien a un ressenti et un avis unique.

Semi-dirigés car c'est la méthode la plus pratique, permettant à la fois de centrer un entretien sur les thèmes de l'étude tout en laissant une grande liberté d'expression aux sujets interrogés.

L'ouvrage de référence qui a servi à l'enquêteur pour préparer les entretiens était le livre de l'entretien compréhensif (25).

### **4.2. Le guide d'entretien**

Les entretiens ont été menés avec l'aide d'un guide d'entretien.

Il était composé d'une dizaine de questions ouvertes, servant à relancer, ou à recentrer l'échange.

Ces questions étaient posées si besoin, en fonction du déroulé de l'échange, sans ordre chronologique pré-établi.

Il a été élaboré, dans sa première version, à partir des différentes problématiques identifiées suite à notre revue de la littérature.

Il a ensuite été testé en conditions réelles avec trois entretiens de médecins généralistes ayant déjà pratiqué de la téléconsultation ailleurs qu'au centre de Saint-Georges-de-Rouelley.

Parallèlement au guide d'entretien, nous nous aidions d'une grille des thèmes et sous-thèmes identifiés au cours des entretiens.

Le guide d'entretien ainsi que la grille de thèmes étaient modifiés et enrichis au fil des entretiens (annexes 1,2, 3 et 4).

### **4.3. La grille d'anonymisation**

Les entretiens étaient numérotés avec les initiales du praticien interrogé. A l'issue de chaque entretien, un questionnaire quantitatif (annexe 6) était rempli par le praticien, ou alors lui était envoyé par courriel électronique à nous renvoyer, selon son souhait.

Il nous a servi à caractériser la population étudiée.

### **4.4. Déroulement des entretiens**

Les sept entretiens se sont déroulés entre février et juin 2020.

Il était initialement prévu de réaliser les entretiens en présentiel. Le choix du lieu était laissé au praticien interrogé.

La crise sanitaire liée au Covid-19 nous a par la suite obligé à réaliser les entretiens par visioconférence, seul le premier entretien a pu se tenir antérieurement aux mesures de confinement. Sur les six autres, cinq se sont déroulés via le logiciel de vidéo à distance SKYPE, et un par conversation téléphonique.

Après une rapide présentation du sujet générale de la thèse, sans mentionner la question de recherche, il était demandé à l'interrogé l'accord d'être enregistré.

L'enregistrement était triple : un dictaphone classique, l'enregistreur vocal d'un smartphone, et l'enregistreur Skype.

Le praticien était prévenu qu'aucune durée n'était établie à l'avance, mais nous leur donnions à titre d'exemple « environ une demi-heure ».

Le ton adopté était celui d'une discussion amicale, le but étant de mettre à l'aise l'interlocuteur afin de recueillir des avis les plus sincères et libres possible. Le tutoiement était le plus souvent employé.

Après chaque entretien, une concertation entre les deux enquêteurs était effectuée afin d'identifier les points à améliorer dans la conduite de l'entretien ou pour apporter des modifications du guide d'entretien.

### **4.5. Analyse des données**

#### **4.5.1. Retranscription des données**

A partir des enregistrements, les deux enquêteurs ont retranscrit les entretiens mot à mot dans leur intégralité et numérotés par ordre de réalisation, de façon anonyme.

Les fichiers audio étaient par la suite effacés.

Les retranscriptions se faisaient au fur et à mesure des entretiens.

#### **4.5.2. Analyse thématique**

Un codage des verbatim était effectué en s'inspirant de la méthode de la théorie ancrée : chaque fragment de texte jugé utile à l'analyse était isolé, associé à son idée principale ou thème, puis intégré dans une catégorie plus large. L'ensemble était consigné dans un tableau EXCEL.

Les thèmes étaient créés au fur et à mesure de leur émergence dans le texte bien que nous ayons à l'avance une idée générale de certains axes notamment suite à notre revue de la littérature et les réalisations du guide d'entretien et de la grille d'aide. Nous avons essayé au maximum d'en faire abstraction afin de faire « ressurgir » les thèmes spontanément à partir des verbatim.

Chaque entretien était codé par chacun des deux auteurs, sans se concerter.

La mise en commun et l'harmonisation des thèmes s'est faite une fois tous les entretiens codés.

Nous avons ensuite listé tous les thèmes identifiés puis effectués des regroupements.

Pour chaque thème de chaque catégorie nous avons fait une synthèse des avis recueillis.

Nous avons essayé de mettre en exergue les idées communes aux différents praticiens interrogés mais également les plus pertinentes, frappantes ou utiles.

Le but étant de se faire une idée la plus nette possible malgré des avis parfois très divergents, et de rendre une synthèse globale à partir de cas tous uniques et hétérogènes.

## **Résultats**

Les sept médecins participant au projet de Saint Georges-de-Rouelley ont répondu favorablement à nos demandes d'entretien et nous avons ainsi mené sept entretiens. Ils ont débuté le 26 février 2020 puis l'épidémie de coronavirus nous a obligé à les poursuivre par visioconférence via SKYPE à partir du mercredi 8 avril 2020 pour finir le mercredi 10 juin 2020.

L'entretien le plus court a duré 28 minutes, le plus long 1h11 minutes, avec une durée moyenne de 45 minutes

Le tableau récapitulatif des données socio-épidémiologiques et équipements numériques au sein des cabinets médicaux figure en annexe 7.

### **1. Caractéristiques socio-épidémiologiques et équipements numériques au sein des cabinets médicaux**

#### **1.1. Age et sexe**

L'échantillon était composé de 2 femmes et 5 hommes. Le plus jeune participant avait 30 ans et le plus âgé 56 ans.

#### **1.2. Année d'installation**

Tous les médecins de notre échantillon sont thésés et installés en cabinet libéral. La plus jeune d'entre eux s'est installée en cabinet libéral en 2019 et le plus âgé en 1993.

#### **1.3. Types de cabinet et de secrétariat**

Tous exerçaient en cabinet de groupe et bénéficiaient pour la plupart d'un secrétariat sur place.

#### **1.4. Zone et mode d'exercice**

Les zones d'exercice étaient variées, la plupart exerçaient en zone rurale ou semi-rurale et avaient une activité salariée en plus de leur cabinet libéral.

#### **1.5. Date de début d'exercice des téléconsultations et activité hebdomadaire en téléconsultations**

La majorité des médecins a commencé les téléconsultations en 2018. Leur nombre de téléconsultations hebdomadaire était inférieur à 5 pour 6 médecins, et entre 5 et 30 pour un médecin.



## **2. Dispositif**

### **2.1. Intérêt du médecin pour le projet**

Les médecins ont adhéré au projet pour son caractère universitaire et son aspect novateur. La perspective de trouver des solutions pour les zones sous denses était également un atout majeur.

*E1 : « comme on est un pôle universitaire avec pas mal d'étudiants on s'était dit qu'on aimerait essayer ce genre de pratique qu'on connaissait pas et qui était justement un peu novateur »*

*E4 : « Ce qui m'a plu c'est le côté nouveau et de pouvoir rendre service dans des zones sous médicalisées. »*

### **2.2. Préparation du projet**

Les médecins ont reçu une formation pratique sur place, avec les infirmières. Il s'agissait d'une formation assez courte, mais aucun n'a exprimé le besoin d'une formation personnelle plus poussée. Ils considéraient dans leur ensemble que le dispositif avait été bien préparé en amont.

*E2 : « rencontre avec les infirmières. La formation sur place avec présentation du site, des machines, une après-midi sur place à expérimenter la téléconsultation avec les infirmières sur site quoi, avec un faux patient, un faux médecin. Un jeu de rôle quoi. Table Ronde oui, et puis ça s'est lancé après comme ça. »*

*E1 : « on a travaillé aussi avec un membre de ce groupe du GCS pour rédiger un dossier de qualité, c'est-à-dire avec des motifs de consultation clairs, enfin quelque chose de pragmatique pour nous. Donc là effectivement on a passé du temps pour faire quelque chose de qualité et puis en fait pour créer tout simplement la manière de réaliser notre téléconsultation. Donc formation à l'utilisation du logiciel, formation à l'utilisation des outils connectés et puis rencontre avec les infirmiers donc on était plutôt bien rodés. »*

### **2.3. Plate-forme et logiciel**

Il y a eu un changement de logiciel en court de projet, nous nous intéressons ici uniquement au second logiciel, celui qui était utilisé au moment où nous avons réalisé notre recherche.

Ce logiciel est décrit comme pratique notamment en raison de la possibilité de transférer le dossier sur le DMP.

En revanche trois médecins ont exprimé le regret de ne pouvoir se servir de leur logiciel personnel.

*E1 : « le gros avantage du logiciel qu'on a, c'était pas le cas pour le premier, c'est qu'il est DMP compatible. Quand j'ouvre le dossier du patient, je crée directement un dossier DMP, tout ce que je fais,*

*c'est-à-dire un compte-rendu de téléconsultation, les ordonnances, ou des photos de sa gorge, de son oreille, de tout ce que je veux, est dans le DMP. Donc le patient qui ensuite retrouve un médecin traitant a toutes les infos. »*

*E5 : « le logiciel qu'on utilise est très pratique, il y a une lecture à distance de la carte vitale, ça ouvre ou ça complète un DMP. On a une traçabilité, on a tous les éléments CERFA à notre disposition, il y a un logiciel de prescription. Strictement rien à dire, c'est un logiciel métier à distance mais c'est un logiciel métier complet. Euh... bien-sûr la traçabilité dans le DMP elle est pas dans notre logiciel métier. Si les évolutions technologiques et les concordances entre les différents logiciels pouvaient permettre qu'on ait une trace copiée dans notre logiciel métier personnel ce serait une bonne chose. »*

## **2.4. La cellule de coordination**

La cellule de coordination semblait efficace, joignable et très utile au tri des patients.

*E1 : « le projet de Saint-Georges c'est un moyen de découvrir la télémédecine et de la pratiquer de la meilleure manière qui soit car tout est géré par une cellule de coordination qui prend les rendez-vous, qui fait aussi un tri des patients, qui les réoriente si besoin parce que c'est pas du domaine de la téléconsultation. Donc déjà on sait que le patient qui vient téléconsulter, il y a pas de blague et il y a pas de risque. Voilà on y va sereinement. »*

*E6 : « Nos coordinatrices elles ont l'équivalent d'une formation d'agent de régulation médicale du centre 15 mais version ambulatoire donc elles savent très bien discriminer ce qui peut rentrer de ce qui ne peut pas rentrer. D'ailleurs il n'y a jamais de blagues. »*

## **2.5. Sécurité des données**

Tous les médecins du centre se sont montrés rassurés quant à la sécurité des données.

*E4 : « Non je ne me suis pas posé la question de savoir si ça peut être piraté [...] J'ose imaginer que les gens qui ont fait le logiciel ont fait des logiciels qui correspondent à certaines normes. »*

*E5 : « non, non moi je pense que... Je fais confiance aux gens dont c'est le métier, j'aimerais que chacun fasse la même chose pour notre profession. Euh... ils sont... les choses ont été réglées, carrées. Euh... On passe par le DMP, à ce que je sache le DMP est sécurisé euh... on passe pas par une plate-forme de prise de rendez-vous qui va pouvoir se servir des données. »*

## **2.6. Fonctionnement des outils connectés**

Comme pour le logiciel, le matériel a été remplacé en cours de projet car jugé inadapté. Certains ont exprimé le regret de ne pas avoir été associés au choix de celui-ci. Nous nous intéressons ici au second ensemble d'outils.

Tous les praticiens louent la qualité des outils connectés.

L'adaptation se fait rapidement, les qualités audio et vidéo sont très bonnes. En revanche le maniement de l'outil est fortement opérateur-dépendant et cela avec une grande disparité.

E1 : « Actuellement, moi je suis plutôt contente, le matériel qu'on a maintenant il est plutôt bien pratique, on arrive bien à l'utiliser »

E2 : « Par rapport au matériel, c'est de bonne qualité y a pas de problème mais à partir du moment où on arrive pas à s'en servir, ça sert à rien quoi ! »

E6 : « Les dispositifs médicaux sont de grande qualité, c'est facile à utiliser par l'infirmière et ça pour moi c'est fondamental. Donc moi je suis hyper satisfait de ce dispositif. »

## **2.7. La problématique du réseau**

La connexion internet, via la fibre pro, est bonne et les « bugs » sont rares. Néanmoins la dépendance totale à la connexion est souvent évoquée.

Notons l'impossibilité pour certains de consulter depuis leur domicile en raison d'une connexion locale insuffisante.

E1 : « Tout ce qui va être connexion, alors évidemment quand on travaille en télé médecine on est dépendant de la connexion, sachant que si on veut déployer la télé médecine dans le milieu rural, faut faire attention, parce que il y a plein de zones qui sont pas couvertes. Donc la condition pour réaliser le projet à Saint-Georges c'est qu'il y ait la fibre, donc on a mis la fibre pro, et puis bah au début, malheureusement on a eu effectivement des problèmes de connexion, c'était un peu compliqué, mais je dirais voilà c'était vraiment au démarrage, et actuellement, là depuis un an c'est vraiment fluide, il y a pas du tout de problèmes, mais voilà, on est dépendant de la connexion. »

E3 : « La connexion ça dépend toujours de l'endroit de la téléconsultation. Moi je peux pas les faire de chez moi, mon débit est pas assez important, donc je suis obligée d'aller à \*\*\* pour faire la téléconsultation. Ce qui est pas très logique, je fais parfois cinquante kilomètres pour faire une téléconsultation. »

E2 : « Non y a jamais de problème. Y a jamais de souci parce qu'on a un très bon réseau à \*\*\* donc le débit c'est bien donc y a pas... »

## **2.8. Coordination avec l'IDE**

L'accent a été mis sur l'importance de former un duo médecin-IDE afin de mettre en place des automatismes à l'examen clinique, intéressants quand le binôme était conservé d'une consultation à l'autre.

Le manque de formation sémiologique des IDE a été globalement identifiée comme un obstacle à une coopération efficace, mais ceci de façon hétérogène selon IDE.

E3 : « *Oui je pense qu'il y a eu une nette progression. Moi j'ai remarqué que je retombais souvent avec la même infirmière, et le binôme a pris ses automatismes. Elle savait ce que je voulais en premier et au final maintenant elle reproduit mon examen comme quand je le fais en présentiel avec mes patients, mes automatismes à moi elle les a pris aussi.* »

E4 : « *mais si tu es face à une infirmière que tu connais pas trop qui n'a pas l'air sûre d'elle qui maîtrise pas l'outil qui est pas capable de bien te montrer un tympan une gorge si tu veux à un moment donné c'est pas top. C'est très manipulateur-dépendant.* »

E5 : « *je pense que ça fonctionne comme un duo de travail habituel. Avec le temps, on fait ensemble les acquisitions d'expérience donc une acquisition de compétences euh... Moi je trouve que... pour revenir à ce qu'on disait tout à l'heure, je trouve que la pertinence c'est que ce binôme soit durable et constant. Il s'agit pas de changer d'interlocuteur à longueur de temps sinon ça va compliquer les choses.* »

## **2.9. Frein au déploiement**

La critique majeure faite par tous les médecins du centre est le caractère chronophage de la téléconsultation. L'explication principale avancée était le manque de formation et donc d'efficacité des IDE. Plusieurs ont comparé cette pratique à du bénévolat en raison du faible rendement. Par ailleurs, l'un des médecins pense que le cadre légal est à revoir en ce qui concerne la responsabilité médicale pour protéger davantage les patients et les médecins.

E3 : « *ça a un coût, est-ce que c'est viable et rentable, non il ne l'est pas quoi, ni pour l'infirmière, ni pour le médecin de l'autre côté. Donc il n'y a pas de rapport vénal par rapport à ça, on fait pas ça pour l'argent de toute façon car il n'y a aucun intérêt à le faire, c'est pas bénévole non plus, mais c'est du temps passé.* »

E7 : « *En terme humain, si on considère que l'argent n'a pas de coût, bah oui c'est bien. Mais sincèrement c'est du luxe là. Tel que c'est financé comme ça, c'est du luxe. Et puis c'est du quasi bénévolat pour les professionnels. Ça peut pas durer, ça peut pas marcher.* »

## **2.10. Comparaison avec la téléconsultation « classique » (par visio seule)**

Les avis étaient très critiques vis-à-vis de la téléconsultation classique-qui leur semblait très limitante dans les motifs de consultation adaptés et dans la pratique de l'examen clinique. Inversement la téléconsultation de Saint-Georges-de-Rouelley était plus considérée comme un potentiel substitut à une consultation présenteielle.

E1 : « un patient tout seul, dans sa chambre, dans sa maison ou je ne sais où, là finalement, moi je serais pas à l'aise. Quand il y a une infirmière, ça me rassure, parce que justement elle est professionnelle de santé et elle peut sentir aussi parfois des éléments de gravité. »

E3 : « C'est le jour et la nuit, avec Doctolib on a encore moins de motifs de consultation qui sont possibles. »

E5 : « Qu'elle soit faite avec la présence d'une infirmière près du patient pour utiliser ces appareils connectés. En dehors de ça, je ne vois pas comment une téléconsultation peut être efficace. »

E7 : « Ça a rien à voir, c'est une consultation connectée, avec outils connectés, donc ça a rien à voir avec les consultations actuelles là, du COVID actuellement. Ils font des consultations business qui sont de l'audio-conférence, de l'audio-consult. Ça a rien à voir c'est sûr. »

### **3. Prise en charge thérapeutique**

#### **3.1. Profil des patients**

Les patients ayant eu recours au centre de téléconsultation sont en général des patients en rupture de soins en l'absence de médecin traitant.

La téléconsultation s'adapte à tous types de patients sans distinction d'âge ni de sexe en dehors de la pédiatrie ou de la gynécologie qui sont plus difficiles à mettre en place.

E3 : « La personne âgée en fin de compte, au début je me disais que ça allait être compliqué mais en fait ils s'y font. »

E4 : « C'est pas une question de patients ou de sexe, c'est plus en rapport avec les pathologies qu'on a au départ. Un nourrisson c'est compliqué tu vois. Il faut quand même quelqu'un qui sache expliquer un minimum ce qu'il a, car tu vois mal, tu entends mal. Tu peux pas le palper, si en plus tu as quelqu'un qui sait pas te dire où il a mal, ça devient compliqué. »

E5 : « cela s'adresse à toutes les catégories de patients qui sont en mesure de comprendre le fonctionnement d'une téléconsultation. »

#### **3.2. Motifs de consultations**

Tous s'accordent sur la pertinence de la téléconsultation pour le suivi des pathologies chroniques non compliquées et les renouvellements d'ordonnance.

E2 : « évidemment la première chose c'est le renouvellement d'ordonnance. Suivi de pathologie chronique, qui ne nécessite pas une connaissance sémiologique et donc de la clinique par l'infirmière importante, c'est-à-dire, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque stabilisée, le diabétique, tout ça ça s'y prête bien. »

La dermatologie est particulièrement adaptée à la téléconsultation grâce au dermatoscope de bonne qualité.

E1 : « *Et puis un autre point positif, ça je l'ai pas dit on a un dermatoscope aussi, donc niveau qualité dermato en fait, moi j'en ai pas au boulot, c'est super.* »

Les pathologies infectieuses courantes sans signes de gravité type otite, angine, bronchite sont également adaptées.

E4 : « *l'infectio tout ce qui est infection de base on arrive à regarder la gorge, ausculter les poumons correctement c'est pas mal.* »

Tous s'accordent également sur l'exclusion des cas complexes ou graves.

La douleur abdominale aiguë est signalée par la majorité comme un motif de consultation inadaptée à la téléconsultation.

Les ressentis sur la gestion de l'urgence sont divergents selon les médecins : inconfortable pour certains et parfaitement possible pour d'autres du fait de la connaissance des motifs de consultation en amont.

E6 : « *Bon, le digestif aigu, le respi aigu, la cardio aiguë et puis traumato agitation neuro-psy c'est un peu ça pour moi les critères d'exclusion aujourd'hui.* »

Les consultations nécessitant un examen clinique complexe, notamment la rhumatologie, posaient problème à plusieurs médecins.

E4 : « *Tout ce qui est pathologie traumato, tu vois tu peux pas examiner un genou, une épaule, pour expliquer à une infirmière comment examiner une épaule, là ça demande vraiment des infirmières formées à ça, savoir faire un Yocum ou un jobe enfin bon c'est pas évident.* »

Il y avait des avis partagés concernant la psychiatrie, certains la trouvant parfaitement adaptée, d'autres inadaptée.

E1 : « *La psychiatrie je pense que c'est bien adapté. C'est déjà réalisé mais ça peut nous arriver d'avoir un renouvellement pour antidépresseur. Donc là on va avoir des questions un petit peu plus sur l'aspect psychologique et ça se fait très bien.* »

### **3.3. Aisance du médecin**

Les ressentis étaient partagés, la majorité s'était adaptée rapidement et ne ressentait pas de difficultés particulières. D'autres avaient du mal à s'habituer par manque de pratique.

E3 : « Je me sens à l'aise, au début un peu moins car on tâtonne un peu mais maintenant j'ai pris mes automatismes et oui je me sens à l'aise pour la téléconsultation. »

E4 : « Bah c'est le fait qu'il soit pas présent, après c'est peut-être parce que je suis vieux moi, j'en sais rien. Je suis pas habitué à avoir une distanciation, après je sais pas les nouvelles générations ils jouent entre eux à Fortnite ou en réseau et tout ça, ils sont peut-être habitués au rapport comme ça, sans humain, sans se toucher, moi c'est pas trop ma génération donc ça me perturbe. »

E5 : « Je pense que pour le médecin, la difficulté c'est de trouver des solutions de réassurance du patient sans pouvoir être en contact physique. »

### **3.4. L'examen clinique à distance**

Techniquement, il existe peu de différence avec un examen clinique en présentiel en dehors de la palpation.

La qualité d'image des outils connectés et la possibilité de prendre des photos sont décrits comme des plus-values comparées à une consultation classique.

Les deux principaux facteurs limitants sont la compétence de l'IDE faisant l'objet du paragraphe suivant et la difficulté à faire totalement confiance à l'IDE.

E1 : « on a une qualité de consultation identique en terme d'appareil, identique à celle que j'ai avec mon patient. »

E5 : « Est-ce qu'il y a une sémiologie spécifique ? Non il y a pas de sémiologie spécifique, les signes sémiologiques sont médicaux (...) »

E6 : « Oui les facteurs limitants c'est la palpation c'est certain euh évidemment euh, le fait pour un médecin de ne pas sentir sous la main l'abdomen, un mollet ou du pouls euh c'est, ça peut paraître limitant. »

E7 : « Compliqué parce que après vous êtes obligé de faire confiance à quelqu'un.... vous ne faites pas l'examen clinique, et ça j'ai du mal, même avec l'interne en présentiel, moi j'ai tendance à vérifier. Ou alors il est pas dans mon bureau et j'estime qu'il est indépendant. Dès l'instant où vous êtes avec la personne et avec un tiers, c'est difficile de donner ses mains à quelqu'un d'autre. »

### **3.5. Place de l'IDE dans la prise en charge du patient**

Notons des avis divergents des médecins vis-à-vis des IDE. Cependant il est possible d'en tirer les qui vont suivre.

Les IDE sont capables de réaliser un examen clinique de base suffisant pour les cas simples et servant de débrouillage pour les cas complexes. De plus elles se perfectionnent au fil du temps.

L'échange est parfois fructueux : les infirmières apportent leur ressenti, leur avis, leur expertise, et surtout leur connaissance de l'environnement du patient.

Elles préparent la consultation en amont ce qui permet un gain de temps, et un confort pour les praticiens.

E3 : « Là en avançant dans la pratique, les douleurs de hanche ou de genou par exemple au début j'hésitais un peu à les faire et maintenant, les infirmières on les forme un peu à examiner et maintenant c'est faisable »

E1 : « Elles ont aussi un atout important, c'est que ce sont des infirmières du coin là-bas, donc elles connaissent aussi les patients, elles connaissent l'environnement, elles peuvent donner des conseils qui sont de leurs compétences d'infirmière. »

E3 : « L'avantage c'est qu'il y a aussi l'infirmière, donc c'est une consultation à trois. On peut discuter un petit peu du cas, c'est intéressant. Pour la pratique de l'infirmière et pour la pratique du médecin. Ça permet de se remettre en question de temps en temps. »

E6 : « Elles ont des habitudes, des pratiques et des connaissances l'air de rien euh cliniques et sociales qui font que pour nous médecins aussi, c'est intéressant parce que ça nous remet un petit peu en question, ça nous fait réfléchir différemment, ça nous oblige à participer puis à écouter finalement des éléments qui ont une vraie valeur sémiologique, une vraie valeur diagnostique au final. »

Cependant leurs connaissances sémiologiques insuffisantes ont été relatées par quasiment tous les médecins. Cela concernait notamment l'examen de l'appareil loco-moteur.

Ces lacunes s'expliquaient par un manque de formation. Elles n'étaient jamais formulées comme un reproche mais comme un constat et une piste d'amélioration.

E1 : « j'ai une douleur d'épaule, une douleur de genou », ça sous-entend que là moi je ne peux pas examiner et ça sous-entend du coup que l'infirmière doit savoir examiner un genou, une épaule, ce qui n'est pas du tout le cas parce qu'elles n'ont pas été formées à ça. »

E2 : « je suis pas sûr que les infirmières ont été très bien formées à la sémiologie et donc à la clinique et ça on le voit. Et puis ça se fait pas en une journée de toute façon, toi tu as mis des années à l'apprendre, donc c'est pas si simple. Quand tu leur demandes d'ausculter les foyers cardiaques, tu as beau dire elles ne savent pas le faire. Elles posent le stétho comme ça, comme elles ont l'intuition de le faire, comme si on voyait à la télé. Et puis elles savent pas pourquoi non plus. »

### **3.6. Influence sur la prise en charge thérapeutique**

La majorité des médecins ne faisait aucune différence par rapport à leurs consultations présentielles.



Un seul nous a indiqué ressentir une incertitude plus grande, entraînant une modification de sa pratique.

E2 : « ce que \*\*\* disait : « voilà si un patient rentre dans votre... euh... vous consultez, au bout de 2 minutes après qu'il soit rentré en consultation, vous savez c'qu'il a » et c'est pas faux ! Euh... Rapidement tu sais vers quoi tu vas t'orienter. C'est comme ça qu'on est formaté nous ! Et puis après, tout le reste : l'examen clinique etc... il va être là pour démontrer que t'as raison ou, à la rigueur, que tu t'es trompé et que c'est les hypothèses ou diagnostics différentiels. C'est comme ça hein qu'on est formaté ! Donc euh... si on garde ce format-là, il faut... il faut que la téléconsultation nous permette d'envisager ça. Et... de prendre le moins de risques par rapport à notre responsabilité. »

E2 : « Euh... on va... moins prescrire certains types de traitements parce qu'on est pas sûr de les revoir derrière, de les surveiller. On va rarement prescrire de l'antibiothérapie, tout ça. »

E5 : « alors on pourrait avoir l'impression qu'on a l'examen complémentaire plus facile parce qu'il peut nous manquer des éléments à l'examen pour être complètement précis. Euh... j'aurais du mal à l'infirmier et je pense que ça vaut le coup de faire une étude comparative entre la quantité d'examens complémentaires prescrits en téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel. C'est une thèse différente de la vôtre, le sujet mérite d'être retenu. »

### **3.7. Suivi des patients**

Le suivi a été décrit comme difficile à assurer par plusieurs praticiens, car ils n'étaient pas les médecins traitants des patients vus. Ils ont exprimé l'idée de la nécessité de consultations physiques de temps en temps.

Cependant la possibilité de consigner les données dans le DMP assurait une trace écrite et l'intégration systématique au PTA permettait de ne pas « lâcher le patient dans la nature ».

E2 : « après, quand tu demandais des avis médicaux, chirurgicaux, autre, c'était compliqué de s'assurer du suivi des patients là, l'infirmière faisait le nécessaire. On s'appuyait sur la plate-forme territoriale d'appui la PTA, tous ces dossiers-là, quand il y avait des demandes derrière, de prise en charge un peu plus complexes, on pouvait les reporter sur cette plate-forme, notamment essayer de leur trouver des médecins traitants sur place, ou pas loin. »

E3 : « Ce qui est un peu plus dérangent, c'est que les bilans qu'on prescrit, on les reçoit sauf qu'en fait ces patients, on n'a pas vraiment moyen de les recontacter de façon systématique, on galère pour les retrouver, le suivi du patient derrière n'est pas encore bien installé. Le suivi de dossier, on prescrit un bilan, je le reçois, globalement il y a pas de souci particulier, mais si un jour je tombe sur quelque chose de pas bon, je pense que je vais galérer à retrouver le patient pour l'appeler. »

E7 : « Le suivi des patients, je sais pas si on vous a dit, nous on a intégré le compte-rendu de consultation à la PTA, suivi de dossier complexe, parce que on a estimé que les dossiers de Saint-Georges étaient forcément des dossiers complexes, le fait que les gens n'aient plus de médecin traitant, donc tous les dossiers sont intégrés dans la plateforme territoriale donc le suivi est possible. Quelqu'un qui est en rupture de soins, c'est un patient complexe, donc un patient à intégrer dans la PTA. »

### **3.8. Rendement et rémunération**

De l'avis général, ce dispositif n'est pas viable économiquement car trop chronophage. Ceci est souvent mis sur le compte de la nouveauté de la pratique et du rendement trop faible des IDE.

Des IDE plus formées et un système mieux organisé sont les pistes évoquées pour pallier ce défaut.

E1 : « C'est vrai que c'est une activité finalement qui est chronophage parce que on fait moins d'actes pour le même temps dédié. Là on est à trente minutes, on essaie de diminuer à vingt minutes. Mais c'est vrai que, mine de rien, c'est long, mais c'est pas inhérent à MA durée de téléconsultation, mais à la préparation de l'infirmière »

E3 : « Au début c'était chronophage, on va dire les deux premiers mois, mais maintenant moi j'arrive à tenir un quart d'heure voire 20 minutes maximum. Voire moins quand c'est des petits motifs genre une angine, en 10 minutes c'est fait. »

E6 : « C'est chronophage .... En fait il faut pratiquer pas mal pour que ça le devienne moins ça c'est sûr, et aujourd'hui Saint-Georges-de-Rouelley tout seul c'est chronophage oui, parce que le temps que l'infirmière accueille, qu'on fasse la téléconsultation, qu'elle fasse sortir le patient et qu'elle en prenne un autre, c'est une demi-heure minimum. Donc oui c'est chronophage ça prend deux fois plus de temps qu'au cabinet »

## **4. Relation médecin-patient**

### **4.1. Comparaison avec une consultation présenteielle**

L'absence de contact physique est ressentie comme un manque mais paradoxalement la relation médecin-patient se trouve peu modifiée.

Les patients sont plus à l'écoute et plus compliants du fait de la barrière de l'écran, tout en étant un peu bridés par la présence de l'IDE et la technicité du dispositif.

E1 : « le moins bien ou le différent : le différent c'est le relationnel avec le patient [...] Voilà. Mais moi je dis différent parce que en fait ça me pose pas du tout de problème. »

### **4.2. Aisance de l'échange avec le patient**

L'échange est décrit comme fluide après les premières consultations et l'appropriation du dispositif.

Le dialogue est similaire à une consultation présentielle, l'écran et la distance ne représente pas une difficulté.

E1 : « sur le relationnel, sur la communication, sur le fait d'être à l'aise, ça m'a pas posé de problème parce que je fais de la même manière que quand je les vois, c'est assez fluide »

E2 : « De communication oui parce que y a plus d'aisance, voilà. Maintenant je sais comment ça fonctionne euh... bon euh... je sais comment débiter plus facilement la consultation, comment la terminer, interroger le patient, le temps d'écoute etc ».

E3 : « je me sens à l'aise, au début un peu moins car on tâtonne un peu mais maintenant j'ai pris mes automatismes et oui je me sens à l'aise pour la téléconsultation. »

### **4.3. Communication de l'autorité, de l'empathie, de la confiance**

Le patient pallie l'absence de contact direct par une plus grande écoute. Le médecin développe un langage verbal et non verbal plus adapté mais peu éloignées de ses habitudes.

Le résultat global est une similitude avec une consultation présentielle.

A noter que ce sont des nouveaux patients, qui ne choisissent pas le médecin. Ce fait a été relevé par l'un des médecins comme une difficulté pour instaurer la confiance mutuelle.

E2 : « ah voilà, je les connais pas donc bon... la confiance euh... Elle est bipartite hein voilà hein, c'est-à-dire que si le patient a pas confiance en toi et que toi tu veux pas suivre un patient, ça marche pas, déjà. C'est un contrat entre le médecin et le patient donc ça il existe pas, on lui impose lui, un médecin qu'il a pas choisi. »

E3 : « j'espère que j'arrive à les convaincre aussi bien qu'en présentiel. Je pense que le patient est aussi réceptif, voire plus car avec l'écran il est concentré, impressionné un peu du contexte, de la façon dont c'est présenté. Je pense qu'on a le même pouvoir de conviction tout ça. »

E5 : « une capacité ou non à chacun de pouvoir euh... c'est aussi un travail, C'est aussi une expérience, c'est tout ce qui est du non-verbal, C'est tout ce qui est de l'image, de la communication euh... Visuelle puisqu'elle ne peut pas être tactile. De savoir être à l'écoute, de ne pas interrompre. C'est surtout une habitude et comme dans tout exercice professionnel une expérience qui va amener à l'amélioration de la qualité relationnelle y compris distancielle. »

E6 : « Le médecin est obligé de regarder son patient, obligé de bien s'exprimer, pour qu'on comprenne et qu'on aboutisse à quelque chose. Quand on est au cabinet, on peut ne pas parler pendant un quart d'heure, prendre la tension machin etc. Là si on fait ça... ça oblige le médecin à se mettre dans une position de communicant plus importante qu'à l'accoutumée. Et à partir de ce moment-là, de se mettre dans une position de communication qui sera en phase avec son patient et donc, c'est pas l'imiter

*bêtement mais c'est repérer des petites attitudes et des gestes à quasiment reproduire, sans être grossier, tant dans le ton, que dans le flux, dans l'attitude, qui permettra de faire en sorte qu'il y ait une complicité qui s'installe, sans non plus être copain copine, cette forme d'empathie à distance s'installe rapidement et qu'ensuite les choses se déroulent le plus simplement possible. »*

#### **4.4. Place de L'IDE dans la relation médecin-malade**

L'IDE est une prolongation du médecin, un substitut, à la fois technique et humain. Elle crée le contact physique à la place du médecin et a en cela un rôle important de réassurance du patient.

Elle est également utile dans la pédagogie du patient par le biais de la discussion avec le médecin.

Cependant plusieurs notent une intimité moindre du fait d'une tierce personne, sans que cela ne soit présenté comme un souci majeur.

*E1 : « on pourrait se poser la question « est-ce qu'il va tout dire » parce qu'il y a une troisième personne, bah finalement non parce que c'est le lien avec nous. Ce sont nos mains quoi, et nos yeux pour voir certaines choses. Donc non les patients sont contents, et je dirais de la même manière, quand j'ai des étudiants avec moi en consultation en présentiel, les gens ça leur pose pas de problème, voire ils sont rassurés aussi, il y a un deuxième avis, donc pour moi c'est vraiment un plus, les patients sont rassurés. »*

*E5 : « Moi j'ai pas l'impression que ça modifie grand-chose euh... l'infirmière est l'effectrice, elle est notre main à distance. Elle est... l'effectrice de nos demandes à distance. Elle a une relation de soin avec le patient, une relation d'empathie. Elle compense le non-présentiel du médecin. Elle permet d'apporter en fin de consultation des réponses à des questions qui seraient restées en suspens, des questions qu'on a habituellement quand on a la main sur la clenche de la porte du cabinet. »*

#### **4.5. Adhésion du patient au projet thérapeutique**

La compliance du patient et son adhésion semblent majorées.

Premièrement, cela provient du fait que l'IDE appuie le message du médecin, cela le renforce.

Ensuite, la pédagogie est meilleure du fait des images et de l'échange entre médecin et IDE auquel le patient assiste. Enfin l'échange a une plus grande place.

*E1 : « de la même manière que quand je rédige l'ordonnance, donc je l'explique, l'infirmière relit devant le patient l'ordonnance, en expliquant, donc il vaut mieux le faire deux fois que pas du tout. C'est double aide pour le patient. »*

*E3 : « Je pense que le patient est aussi réceptif, voire plus car avec l'écran il est concentré, impressionné un peu du contexte, de la façon dont c'est présenté. Je pense qu'on a le même pouvoir de conviction tout ça. »*

E6 : « *Le fait de voir, de visualiser une partie anatomique s'il accepte, pathologique ou non est très impactant sur ce qu'il va en faire après, c'est-à-dire, un fumeur à qui on montre une gorge bien rouge et bien irritée, ça a un impact [...] c'est quelque chose de très concret, de très important sur ensuite finalement l'appropriation et la prise en charge de sa propre santé.* »

## **5. Perception globale**

### **5.1. Satisfaction générale du praticien**

Quatre médecins avaient un avis général positif à très positif. Un médecin trouvait le système inadapté mais ne regrettait pas sa participation pour le côté expérimental.

Un médecin était franchement déçu.

Un autre avait peu d'avis car peu de pratique.

E1 : « *Actuellement, moi je suis plutôt contente, le matériel qu'on a maintenant il est plutôt bien pratique, on arrive bien à l'utiliser, le logiciel aussi, je vois pas de points qui me paraissent limitants encore, ou négatifs, parce que justement on a mis plusieurs mois, presque un an, à vraiment peaufiner le projet, donc pas de... non j'ai pas de point négatif ou de choses à améliorer.*

*Ça a pris beaucoup de temps au début, pour que aujourd'hui ça roule bien, que les téléconsultations soient fluides, en dehors des problèmes de connexion, maintenant on s'est bien approprié le matériel, on connaît maintenant les infirmières qu'on voit assez régulièrement, elles connaissent nos manières de travailler, non j'ai rien à améliorer au niveau du cabinet, non c'est très bien.* »

E3 : « *Je suis plutôt satisfaite du projet, je pense que j'ai amélioré un peu ma pratique, vu que c'est une autre pratique.* »

E4 : « *Je mettrais 9 sur 20* »

### **5.2. Satisfaction générale du patient**

De façon unanime, les médecins pensent que les patients sont satisfaits du dispositif. Certains émettent des nuances en disant que cela est « *faute de mieux* ».

E2 : « *... je sais pas si tu vois c'que j'veux dire euh... c'que j'entends dire euh... le patient il se pose des questions auxquelles faut que tu répondes même si pour toi ça a pas forcément de valeur euh... euh, scientifique hein, alors voilà euh... et ta réponse c'est pas forcément celle qu'il veut entendre, qui... et il peut ressortir de ton cabinet en se disant « bah tiens il a pas répondu à ma question quoi » même si toi t'es persuadé de lui avoir tout renseigné. Or là, à travers un écran euh... finalement c'est lui qui va quitter la consultation et tu sauras si tu as bien répondu tu vois.* »

E4 : « À chaque fois qu'on a interrogé les gens, ils sont super contents. Alors est-ce que c'est parce que entre rien avoir du tout et avoir ça ils sont déjà satisfaits ? Je sais pas. Mais en règle générale les gens sont assez contents, ils ont des réponses ils ont un médecin en face, les gens sont assez satisfaits. »

E5 : « alors j'espère qu'il est satisfait de la qualité de la consultation médicale dont il vient de bénéficier. Je pense qu'il est rassuré de savoir qu'il peut avoir à tout moment un contact avec un médecin alors que sur la spécificité de Saint-Georges on voit des patients qui n'ont plus de médecin traitant. »

E6 : « Mais dans la grande majorité des cas ça se passe très bien en fait. Ils expriment leur contentement d'ailleurs. Moi j'ai le retour après des infirmières que je rappelle tout le temps et qui me donnent ce retour là aussi donc c'est satisfaisant. Mais c'est pas tout blanc ou tout noir, il y en a quelques-uns pour qui ça va pas. »

### **5.3. Satisfaction générale des IDE**

Les médecins se prononçaient peu sur ce point et ce de façon assez hétérogène.

Ils notaient tout de même que cette pratique est valorisante pour les IDE, elles gagnent en compétence. Elles s'adaptent au médecin et ont envie d'apprendre.

E5 : « je vais parler à leur place dans la question que vous me posez mais je pense que c'est un acte valorisant pour elles. »

E6 : « Les infirmières en fait étaient très contentes de travailler avec différents types de médecins, exprimaient le fait qu'elles s'adaptaient beaucoup »

### **5.4. Démographie et zone sous-dense**

Les patients étaient peu nombreux et la demande faible.

Beaucoup de patients venaient d'un autre bassin de population (Mayenne).

De plus cette prise en charge se fait au détriment de leur propre patientèle, notamment ceux exerçant en zones sous denses.

E2 : «le problème il n'est pas là, il est qu'on reste quand même dans une situation de déserts médicaux, et de sous dotation en médecin, et c'est pas parce qu'on développe des solutions de télémédecine que on va améliorer la possibilité de faire plus de consultations, c'est-à-dire que si je prends un quart d'heure pour faire une téléconsultation et bien j'ai quand même ma patientèle , et eux je les verrai moins. On peut pas rajouter des couches alors que l'ensemble de la profession est surchargée et peut-être même les infirmières ou peut-être moi j'en sais rien, ça dépend du secteur. »

E3 : « Je pense que ça a rendu service aux patients du bassin de population, après je suis pas sûre que ça ait rendu vraiment service aux patients que de Saint-Georges parce que par exemple on avait des

*patients de la Mayenne ou du 61, ça c'est beaucoup élargi, moi je vois quasiment que des patients du 53, de la Mayenne. »*

*E4 : « Moi je suis quand même très surpris pour une zone où il y a pas de médecin si tu veux j'ai pas fait un renouvellement en deux ans. J'ai toujours l'impression que c'est des gens qui sont soit de passage soit ils sont arrivés là je sais pas comment. Ou parce qu'il avait pas de place mais je me demande si les gens se soignent dans ce bled là je te jure. Je suis très surpris. En 2 ans j'ai vraiment l'impression de me demander est-ce que ça sert à grand-chose. »*

## **5.5. Service rendu**

Le service rendu vient du fait que des patients en rupture de suivi par manque de médecin traitant aient pu être pris en charge. Cependant, comme vu précédemment, les demandes étaient faibles. Il s'agit d'un service rendu plus qualitatif que quantitatif, qui a, dans certains cas, évité des venues aux urgences ou des hospitalisations.

*E3 : « Alors pour la consultation d'urgence, j'espère que ça a désengorgé un peu les urgences du coin. Gagner du temps aux patients, je sais pas trop, si ils viennent de la Mayenne ils font 30 km pour venir à Saint-Georges. Je sais pas si c'est un gain de temps pour eux. Le gain de temps ce serait que l'infirmière vienne directement chez eux avec les appareils connectés, directement à leur domicile. »*

*E1 : « j'ai vu des patients qui ont évité d'aller aux urgences ça c'est sûr puisqu'il y avait des pathologies aiguës, ORL, articulaires, tout ce qu'on veut, je pense qu'on a pu aider des patients dans des prises en charge qui auraient dû soit être faites aux urgences, soit être faites trop tard et donc nécessiter des hospitalisations. »*

*E5 : « Euh... l'apport est très important puisqu'ils finissent par avoir une consultation médicale alors qu'ils n'ont plus de médecin traitant et pour certains d'entre eux ils n'ont pas été examinés depuis un certain nombre de mois. Donc euh... L'apport est... sur la spécificité de Saint-Georges, l'apport est très qualitatif en terme de prise en charge du patient. »*

## **5.6. Les dérives**

Les médecins exprimaient une crainte des dérives de la téléconsultation en général telle qu'une captation par des organismes privés ou encore une médecine déshumanisée.

Cependant ils estimaient que le centre de Saint-Georges-de-Rouelley était justement un organisme conçu pour ne pas tomber dans ces dérives. En effet, ce fait est assuré selon eux par l'aspect qualitatif conféré par la présence de l'IDE et les outils connectés, et par l'ancrage local des intervenants.

E5 : « la crainte c'est que ce ne soit plus les médecins généralistes qui aient la main là-dessus mais que ce soit des structures qui ont des objectifs financiers, qui mettent des médecins salariés ou payés à la tâche, derrière les écrans, pour faire de l'abattage. »

E1 : « on a, encore une fois, une téléconsultation qui se veut de qualité. Donc la dérive elle est pas là, ce sont des médecins qui sont du territoire, même si je suis à 50 km, quand un patient, je le vois, je veux l'adresser à un ophtalmo ou à un ORL, je les connais, puisque ce sont les mêmes avec qui je travaille pour mes patients. L'intérêt du projet ça a été aussi de prendre des médecins du territoire. Si demain effectivement demain on me demande de téléconsulter avec un patient qui est dans le sud de la France, ou qui est aux États-Unis, c'est sûr que là je vais pas être à l'aise de la même manière. Mais effectivement, comme toute nouvelle technologie on peut avoir des dérives, en tout cas pour notre projet on en est pas là du tout. »

## **6. Perspectives et souhaits**

### **6.1. IDE**

Tous s'accordaient sur la nécessité de former les infirmières à la sémiologie associée à une reconnaissance de cette compétence.

Tous s'accordaient également sur le besoin de renforcer le duo IDE-médecin. Pour cela plusieurs pistes évoquées : un duo fixe, une IDE rattachée au cabinet du médecin, des formations communes, des stages pratiques chez le praticien.

E5 : « d'abord je crois qu'il est important de toujours travailler avec la même personne pour qu'il y ait des habitudes euh... de... de travail. Il est aussi important que l'infirmière qui est auprès des patients ait une formation et une mise à jour de ses formations très pertinente et très pointue. On va vers l'infirmière de pratique avancée et... Voilà, qu'on soit habitué à travailler avec cette personne-là, qu'elle connaisse nos attentes et qu'on sache, nous, la guider dans un examen dans lequel on a besoin d'aller. »

E4 : « Il faudrait former le duo infirmière médecin en même temps pour qu'ils se connaissent un peu avant et qu'il voit comme on bosse etc peut-être faire bosser l'infirmière avec le médecin au cabinet en live au départ pour se connaître. En gros ce qui serait top c'est d'avoir une infirmière installée dans son cabinet [...] et la personne que tu as en face de toi tu la connais, tu as l'habitude de bosser avec elle sait ce que tu veux là pour le coup, tu es pas face à une inconnue quoi. »

### **6.2. Les outils connectés**

Leur qualité satisfait les praticiens qui ne voient pas d'amélioration possible.

Une mobilité du dispositif pour les visites à domicile a été préconisée par plusieurs médecins.



E1 : « Ce que j'aimerais bien surtout c'est faire la téléconsultation par des infirmiers en ambulatoire je dirais, si les infirmiers pouvaient par exemple se déplacer à domicile, ça ce serait formidable parce que ça m'éviterait d'aller parfois faire des visites qui sont à 25 kilomètres, qui sont chronophages [...] Voilà, ça, si on pouvait développer à l'avenir mais ça voudrait dire qu'il y a une bonne couverture réseau, ou une espèce de clef wifi, j'en sais rien, pour avoir une bonne qualité, ça ce serait vraiment très très bien. C'est la chose que j'aimerais voir évoluer dans notre métier, pour nous aider dans les visites à domicile, les gens qui peuvent pas venir, puissent être vus à distance, et là ça ferait gagner beaucoup de temps. »

### **6.3. Formation des étudiants**

Presque tous les médecins pensaient que la téléconsultation avait sa place à l'université dans le cursus des études médicales. C'est une pratique d'avenir dont il faut s'emparer pour qu'elle soit exploitée de façon adéquate.

E3 : « Ouais nan c'est un nouvel enseignement. C'est une nouvelle matière si tu veux, c'est un nouveau module ! Y a la rhumato, y a l'orthopédie, y a les maladies infectieuses... et maintenant y a la télémédecine ! Tu vois ? »

E5 : « Donc est-ce que ça doit faire partie de la formation des étudiants en médecine générale ? Oui parce que ça fera partie de notre force, de leur pratique ultérieure et on voit bien euh... la situation pandémique d'aujourd'hui à quel point ce système est amené à apporter des solutions quand il y en a pas donc oui, ça doit faire partie de la formation d'un étudiant en DES de médecine générale. »

### **6.4. Poursuite des téléconsultations à Saint-Georges**

Concernant le dispositif de Saint-Georges-de-Rouelley, les médecins ne savent pas actuellement comment va évoluer ce qui est encore à ce stade une expérimentation.

Quatre aimeraient continuer tout en améliorant le dispositif, deux ne pensent plus en faire à l'avenir et un ne se prononce pas.

Les médecins considèrent que cela ne remplace en aucun cas une consultation présenteielle et ceux qui souhaitent l'inclure dans leur pratique n'y consacreront qu'une petite partie de leur agenda.

E1 : « Je ne me verrais pas faire que ça, ça c'est certain. Je me verrais même pas en faire la moitié, je pense que à l'avenir si ça se passe bien, si on donne des créneaux pour des soins non programmés dans le cadre de notre activité en pôle de santé, je le ferai sur des plages dédiées, mais je le verrais plus soit pour aider une population comme St Georges-du-Rouelley qui a pas de médecin traitant... c'est plus un outil complémentaire que je vais rajouter dans mon activité mais en aucun cas une activité à part entière que je vais faire au même titre que mon présentiel. »

E5 : « Il y aura une place pour la téléconsultation, il y aura des plages de consultations, en terme de pourcentage de mon activité je ne serai pas capable de vous le dire mais ça dépassera pas quelques heures par semaine. »

E6 : « il y a des médecins qui ont besoin à tout prix de tâter le patient, il y en a qui préfèrent pas, il y en a comme moi qui préférerais faire un peu les deux, ni que l'un ni que l'autre »

## Discussion

### **1. Forces de l'étude**

#### **1.1. Méthodologie**

Nous avons choisi la méthode qualitative et les entretiens semi-dirigés qui ont permis une exploration vaste de la problématique ainsi que la possibilité de recueillir les données concernant tous les médecins du centre de téléconsultations.

Le guide d'entretien a ainsi pu évoluer au fur et à mesure des entretiens par l'émergence de nouveaux thèmes et sous-thèmes (annexes 1, 2, 3 et 4).

#### **1.2. Population**

La totalité des médecins du dispositif ont répondu favorablement à notre demande d'entretien. Nous avons ainsi pu recueillir tous leurs ressentis et étudier au maximum le dispositif.

Les médecins engagés dans l'expérimentation du centre de Saint-Georges-de-Rouelley étaient des volontaires, attachés à la cause universitaire. Ils ont donc participé à nos entretiens avec sérieux et application.

#### **1.3. Entretiens**

L'enquêteur ne connaissait pas personnellement les médecins interrogés, ceci a limité l'influence. Une reproductivité et équité entre les entretiens ont été garanties par le fait que ce soit le même enquêteur qui réalisait tous les entretiens.

La retranscription des entretiens a été réalisée en parallèle par les deux enquêteurs ce qui a permis une bonne connaissance du contenu de tous les entretiens.

Étant donné le petit échantillon et afin de réduire les milites méthodologiques, les enquêteurs ont souhaité se préparer en amont des entretiens grâce à la réalisation de trois « entretiens- tests » sur des médecins généralistes pratiquant des téléconsultations mais étant extérieurs à leur échantillon. Cela a permis à l'enquêteur d'aborder les entretiens des médecins du dispositif avec davantage de recul.

#### **1.4. L'analyse**

L'analyse était réalisée par les deux enquêteurs qui ont ensuite mis en commun leurs résultats. Il s'agit de la triangulation des données qui permet d'exploiter au maximum les entretiens et de réduire la part de subjectivité qui aurait pu être générée par l'analyse d'un seul des enquêteurs.

## **2. Limites de l'étude**

### **2.1. La population**

L'enquête « unicentrique » et la faible population, composée de sept médecins, constituaient l'une des limites de l'étude. Il serait par ailleurs intéressant afin de mieux évaluer le dispositif de réaliser des études auprès des autres intervenants du dispositif et de comparer les résultats retrouvés pour le centre évalué à ceux d'autres dispositifs de télémédecine.

### **2.2. Les entretiens**

Les entretiens ne se sont pas déroulés en présentiel mais en visioconférence, mesure imposée par le contexte sanitaire (crise sanitaire du covid-19). Cela a pu nuire à la qualité des entretiens. Cependant le ressenti de l'enquêteur a été bon, c'est de plus une approche appropriée au vu du sujet de thèse ! L'expérience de novice de l'enquêteur est une autre limite de notre étude. La conduite d'un entretien et les connaissances de la méthode qualitative étaient des notions nouvelles.

## **3. Analyse des thèmes**

Un rappel sur la genèse du centre de téléconsultation est important pour comprendre la construction du projet, les choix inhérents et les attentes relatifs à ce dernier. L'idée est venue du maire de Saint-Georges-de-Rouelley qui constate la désertification médicale du territoire et souhaite proposer une offre médicale dans un territoire rural déserté par les médecins alors que les alternatives existantes sont peu satisfaisantes : consultation aux urgences, médecins éloignés géographiquement, téléconsultation par visio seule..., si bien que nombre de patients se trouvent en rupture de suivi médical. Le défi est donc de développer localement une offre qualitative répondant aux besoins médicaux du bassin de population.

Le dispositif mis au point pour cela est un cabinet médical, relié par visio à un médecin de la région, dans lequel une IDE accueille les patients et procède à un examen clinique à l'aide d'outils connectés, sous la direction du médecin.

Ce dispositif est ainsi censé aboutir à une consultation réunissant les « ingrédients » standards d'une consultation présenteielle, à savoir un examen clinique précis, un échange fluide, une relation-patient forte.

La qualité et l'efficacité du dispositif déployé sont à évaluer en fonction des moyens mis en œuvre : le projet de Saint-Georges est un projet ambitieux, la préparation a été longue, les acteurs et les financements variés.

Nous avons essayé dans cette thèse de recueillir l'avis des médecins ayant participé au projet pour en déterminer la portée.

### **3.1. Le dispositif**

Nous rappelons en préambule que le matériel du centre a été intégralement changé en cours d'expérimentation car étant jugé inadapté. Notre analyse porte sur le second matériel, mais l'expérience décevante du premier vient peut-être parfois ternir l'impression globale recueillie lors de nos entretiens. Elle met en évidence l'étape importante mais néanmoins non évidente du choix du matériel de téléconsultation, cette étape doit se faire en collaboration avec les médecins afin de s'assurer que le matériel réponde aux besoins de leur activité de téléconsultation.

Les deux éléments centraux et « originaux » du dispositif sont les outils connectés et leur maniement par l'IDE.

Les outils connectés tout d'abord. Les deux questions que l'on se pose instantanément sont « voit-on bien ? » et « entend-on bien ? ». La réponse de façon unanime est : oui. Les interlocuteurs sont ensuite peu loquaces pour commenter la qualité de chaque outil, se contentant souvent de les énumérer en disant que « c'est bien » ou « comme une consultation normale », comme si le caractère fortement technicisé de l'objet disparaissait devant sa ressemblance au présentiel.

Ils présentent de plus l'avantage de pouvoir partager l'image avec le patient et l'IDE, ce qui constitue un élément de pédagogie intéressant.

Les outils connectés sont donc incontestablement un point fort, leur évolution semble aboutie, ce n'est donc pas une piste d'amélioration possible du dispositif plus global.

Le maniement des outils par l'IDE fait plus débat. Certains en sont très satisfaits, la majorité note une progression au fil du temps, mais surtout, tous pointent les limites de connaissances sémiologiques et le besoin de formation des IDE. Cela semble impacter le reste : allongement du temps de consultation, incertitude du médecin, exclusion de toute consultation nécessitant un examen poussé.

C'est donc sur ce point qu'il existe une marge de progression importante. Seulement « ça ne s'apprend pas du jour au lendemain ». Les médecins ont bien conscience que l'apprentissage de la sémiologie est complexe, c'est pourquoi des formations validantes, une reconnaissance de pratique avancée, ou encore une valorisation sont des pistes évoquées par certains qui nous semblent pertinentes si l'on souhaite améliorer ce type de dispositif.

Les autres éléments en jeu sont plus communs et moins spécifiques au centre de téléconsultation de Saint-Georges-de-Rouelley. La connexion internet, elle, semble bonne, même s'il existe parfois des « bugs » qui ne sont pas inhérents au centre, mais sont néanmoins particulièrement problématiques

car ils bloquent totalement la consultation. Une cellule de coordination efficace : c'est un point important car un tri des motifs de consultations est nécessaire. Un logiciel offrant la possibilité de transférer les données dans le DMP, utile pour faciliter le suivi de patients sans médecin traitant.

### **3.2. La prise en charge thérapeutique**

Le message à retenir est que la prise en charge en téléconsultation est efficace et adaptée pour certains motifs de consultation, et totalement inadaptée pour d'autres.

S'y prêtent bien les renouvellements d'ordonnance, le suivi de pathologies chroniques et l'infectiologie sans critères de gravité. Sont inadaptées les situations urgentes et les situations qui nécessitent un examen clinique complexe ou une palpation précise. Il s'agit notamment de l'examen de l'appareil loco-moteur et de la palpation abdominale. L'impossibilité de palper soi-même le patient est une lacune majeure évoquée par tous les praticiens.

Il est donc essentiel d'établir et de respecter des critères d'inclusion et d'exclusion, il serait utile pour cela que les sociétés savantes et les autorités compétentes établissent des guidelines en ce sens afin d'augmenter l'efficacité et de limiter les dérives.

Concernant la place de l'IDE dans la prise en charge, il est avant tout important de souligner que les médecins interrogés sont largement hostiles à la seule consultation par visioconférence seule, la présence de l'IDE sur place est donc indispensable (bien qu'il existe une alternative avec les cabines connectées mais cela n'a pas été abordé dans notre thèse).

Son rôle majeur, qui est le maniement des outils connectés, est largement perfectible comme nous l'avons déjà commenté. Cependant son rôle ne se limite pas à cela. Elle accueille le patient et prépare le dossier, ce qui apporte un confort et un gain de temps pour le médecin. Elle est un interlocuteur pour le médecin, ils échangent leurs avis, leurs ressentis, ce qui mène parfois à des remises en question bénéfiques. Et surtout, étant des IDE des environs, elles apportent leur connaissance du territoire, permettant une prise en charge en adéquation avec les ressources locales. Ce dernier point est particulièrement notable car les médecins ayant recours à ce type de dispositif sont a priori éloignés du lieu de consultation.

Pour ce qui est de l'influence de la téléconsultation sur la prescription d'examen complémentaires, même si elle semble peu marquée, nous avons relevé quelques différences : l'un est plus prudent avec la prescription de traitement à effets secondaires importants, arguant des difficultés de suivi. Un autre prescrit plus d'examen complémentaires pour pallier un sentiment d'incertitude, pointant au passage le manque de cadre juridique entourant la téléconsultation.

### **3.3. Relation médecin-patient**

Avant le début des entretiens, nous avons imaginé que cette question, celle de la relation médecin-malade, serait la plus débattue et source des critiques les plus virulentes. Nous avons supposé un réel chamboulement des habitudes et des codes, vers une altération marquée de la qualité du contact humain. En effet la distance géographique du médecin et la présence d'une tierce personne allaient tous deux en ce sens et l'on pouvait même craindre un effet synergique des deux composantes.

La perte d'intimité entre médecin et patient apparaît comme une faiblesse de la téléconsultation, constatée par beaucoup. L'intimité est un moteur puissant de la relation médecin-patient, c'est ce qui fait « le sel » de notre profession.

Malgré ce manque, il semblerait que la fluidité de l'échange, la communication de l'autorité ou de marques d'empathie, et finalement l'adhésion au projet thérapeutique, ne soient pas altérées mais au contraire amplifiées ! C'est l'enseignement qui nous a le plus surpris au cours de cette thèse.

L'explication est multifactorielle :

L'absence de contact physique est contrebalancée par une plus grande écoute du patient. L'écran ferait même un effet « barrière de sécurité » qui tranquillise le patient comme le médecin.

L'IDE appuie le message du médecin, c'est une sorte de deuxième avis qui vient le renforcer.

Le médecin peut développer des outils de communication verbale et non verbale efficaces.

Finalement la téléconsultation serait-elle plus efficace mais moins agréable du fait du manque de contact ? Serait-ce un manque humain plus que médical ? Et un manque plus pour le médecin que pour le patient ?

### **3.4. Perception globale**

La viabilité du dispositif pourrait s'évaluer par le rapport service rendu au patient sur investissement du médecin.

Le service rendu est évident dans la mesure où une offre de qualité a été créée dans une zone démunie en médecins, et a ainsi permis de soigner des patients en rupture de suivi. Cependant, de façon surprenante, la demande a été assez faible, avec de nombreux créneaux de consultations annulés faute de rendez-vous. On peut s'interroger sur les causes : patients réticents devant la nouveauté ? mauvaise communication autour du centre ?

Quant à l'investissement demandé au médecin, il est important en raison du caractère très chronophage. C'est sans aucun doute le défaut principal de ce dispositif, et la raison pour laquelle certains des médecins interrogés en ont un avis négatif. On constate cependant une augmentation du rendement au fil de la pratique et les médecins les plus satisfaits sont ceux ayant fait le plus de téléconsultation.

L'évaluation globale est donc partagée : un service qualitatif mais peu quantitatif, demandant un investissement important du médecin, à relativiser en fonction du nombre de téléconsultation effectué.

Ceci est à replacer dans un contexte plus large, à savoir que les médecins ayant participé à l'expérience sont eux-mêmes installés dans des zones sous denses, avec des agendas déjà saturés. Cela renvoie à la problématique de fond du nombre de médecins généralistes en France.

Quant à l'avis du patient, la prise en charge étant satisfaisante et les créneaux de consultation très libres, il n'est pas surprenant que les retours soient très bons.

### **3.5. Perspectives et souhaits**

La plupart des médecins ont exprimé le désir de persévérer dans la pratique de la téléconsultation, avec la volonté de voir le système s'améliorer.

Plusieurs pistes ont été évoquées :

Une formation adéquate des IDE serait sans doute la mesure la plus efficiente, car cela pallierait le principal défaut qu'est la chronophagie. L'examen clinique gagnerait en qualité, le médecin gagnerait en confiance et les motifs de consultation pourraient être élargis.

Une formation des médecins dès l'université serait complémentaire avec celle des IDE et le bénéfice augmenté.

L'un des médecins a émis l'idée de se calquer sur le modèle d'autres pays européens en disposant de plusieurs cabines de téléconsultations. Tous les patients à examiner y seraient déjà en place et prêts pour la téléconsultation, l'infirmière aurait déjà recueilli les renseignements nécessaires (voire débuté l'examen clinique), le médecin n'aurait plus qu'à se connecter d'une cabine à l'autre à la fin de ses prises en charge. Ceci pourrait être une solution à l'optimisation du temps médical.

Enfin une plus grande intégration de la téléconsultation dans le système de santé, avec un cadre juridique clair, des guidelines précises et une réflexion sur la place de la téléconsultation dans le cours de soins.



## 4. Exploitation des résultats et comparaison avec la littérature

### 4.1. Dispositif

Dans nos résultats, nous retrouvions une insatisfaction de quelques-uns vis-à-vis du matériel qu'ils trouvaient inadapté car non choisi par eux et entraînant un allongement des durées de consultation. Dans l'article de P Whitten (26) portant sur les facteurs influençant l'usage de la télémédecine par les médecins de premier recours dans le Kansas, ces derniers ont expliqué qu'il fallait rendre le système plus efficace et plus simple à utiliser. Parallèlement, dans la revue systématique de Melinda M. Davis portant sur les avis des médecins quant à la façon d'intégrer la télémédecine dans les soins de premier recours (27), il était déjà énoncé la nécessité d'impliquer les "utilisateurs finaux" autrement dit les médecins généralistes afin que l'infrastructure soit adaptée. Pour être opérationnelle, celle-ci ne peut donc être pensée sans eux.

Pour les médecins de notre étude, la chronophagie du système était le premier frein à son déploiement. Cette crainte était finalement déjà pressentie chez un échantillon de médecins généralistes ne pratiquant pas les téléconsultations, objet de la thèse de Julia NADOLNY et Claire RAHUEL (24) ainsi que dans l'article de P Whitten (26).

Les médecins interrogés dans l'article de Maxime Durupt portant sur les représentations des médecins généralistes sur la télémédecine en zones rurales (20) disaient que la télémédecine devra respecter un cadre légal en termes de responsabilité médicale et de sécurisation des données. Nous avons trouvé cette même demande dans la thèse de Julia NADOLNY et Claire RAHUEL (24). Dans notre thèse, E2 était le seul à s'être exprimé sur la volonté de diminuer les risques d'erreurs inhérents au manque d'examen clinique et donc au besoin de légiférer davantage. Cette inquiétude quant aux risques d'erreurs est donc bien présente dans l'esprit des médecins. Nous repensons à l'un de nos entretiens-tests où l'une des médecins nous disait qu'au moindre doute, elle reconvoque les patients en consultation en présentiel. Peut-être serait-ce une solution en l'attente d'un renforcement du cadre légal sur les téléconsultations ? Néanmoins cela est plus ou moins possible en fonction de la localisation du médecin et du patient, aussi, la télémédecine ne peut s'envisager seule, de manière exclusive mais est un complément intéressant de la consultation classique en cas de manque de praticiens sur place ou adapté aux demandes des patients aujourd'hui.

Concernant les données, les médecins de notre échantillon n'étaient absolument pas inquiets par rapport à cela étant donné que le logiciel-métier utilisé était en lien avec le DMP qui est en soi un dispositif national donc selon eux suffisamment étudié et sécurisé.

Dans la thèse de Julia NADOLNY et Claire RAHUEL (24), les médecins « ont dénoncé le paradoxe des avancées technologiques en lien avec la télémédecine, inadaptées à la couverture téléphonique et internet de certaines zones. Un colosse aux pieds d'argile dont le risque de panne pourrait laisser le médecin et le patient sans solution ». Le fait qu'ils soient tributaires de la connexion internet et qu'il y ait des anomalies de fonctionnement des programmes informatiques (« bugs ») est apparu effectivement indéniable pour les médecins que nous avons interrogé. L'une des médecins a même ajouté que ceux-ci sont plus gérables lors d'une consultation en présentiel puisqu'il y a une alternative papier.

Nous pouvons lever les peurs des médecins interrogés dans la thèse de Julia NADOLNY et Claire RAHUEL (24). Ils voyaient une forme de « proxénétisme » dans la rémunération de tierces personnes effectuant leur travail. Au contraire, dans nos entretiens, les praticiens parlaient de travail en équipe et d'une bonne coordination avec l'infirmière, le binôme présentant une progression commune.

#### **4.2. Prise en charge thérapeutique**

Les conséquences identifiées de l'absence d'examen clinique par le médecin en présentiel étaient une démarche diagnostique différente amenant à une moindre prescription de certains traitements, plus d'incertitudes et donc davantage de prescriptions d'examens complémentaires. Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux de la thèse de Mesdames Lucie DURIF et Servane MAIGNER (28) même si elles traitent des téléconsultations de médecine générale en milieu maritime et que, à juste titre : « Du fait de populations non superposables, l'activité de téléconsultation en milieu maritime n'était pas complètement assimilable à ce que sera l'activité de téléconsultation en médecine générale, mais c'était un bon point de départ pour une comparaison a minima. ». En effet, elles ont également noté une démarche diagnostique différente lors des téléconsultations conduisant parfois à des diagnostics a priori et à un « surtraitement » des patients.

Dans l'étude qualitative de Mesdames NADOLNY et RAHUEL (24), les médecins craignaient que l'amélioration annoncée de l'accessibilité aux soins grâce aux plateformes médicales ne se fasse aux dépens de la qualité des soins car la distance générerait une difficulté d'appréciation de l'état réel du patient et de prise en charge des patients polyopathologiques. Finalement ce résultat n'a pas été retrouvé dans notre thèse car la distance est compensée, selon la majorité des médecins, par le ressenti de l'infirmière sur place et qui constitue une plus-value selon ces mêmes praticiens.

Les ressentis sur la gestion de l'urgence sont divergents selon les médecins interrogés : inconfortable pour certains et parfaitement possible pour d'autres du fait de la connaissance des motifs de

consultation en amont. En effet, il s'agit là du rôle de la cellule de coordination du dispositif de téléconsultations de Saint Georges-de-Rouelley : adresser les motifs de consultation aux médecins et les trier si besoin. Cette donnée était déjà évoquée dans la thèse de Julia NADOLNY et Claire RAHUEL (24) qui suggérait d'ajuster les délais de consultation en « triant » les patients selon le motif.

Concernant les profils de patients se prêtant bien aux téléconsultations, les médecins de notre échantillon citaient notamment le suivi de patients porteurs de maladies chroniques. Ce profil de patients rejoint ce qu'imaginaient les médecins dans l'étude de Julia NADOLNY et Claire RAHUEL (24) : « changer de médecine » et ne voir en consultation que les patients chroniques déstabilisés.

Dans les motifs inadaptés aux téléconsultations, il ressortait de notre étude la gynécologie et la gastro-entérologie. Alexandre Mathieu-Fritz, sociologue du travail spécialiste de télémédecine et de télésanté l'avait déjà pressenti en citant la gynécologie (16). Sur l'autre versant, il citait la dermatologie comme parfaitement adéquate à ce genre de pratique. Ceci a été relevé par les médecins lors de nos entretiens car ils jouissent de la présence d'un dermatoscope et d'une caméra présentant une très bonne résolution.

Dans notre thèse, E5 est inquiet que le médecin généraliste soit à terme désinvesti de ses tâches au profit de grandes entreprises à but lucratif. Nous avons retrouvé cette donnée dans l'article de Maxime Durupt, la thèse de Melody Didier ainsi que dans l'étude qualitative menée auprès des médecins généralistes de Midi-Pyrénées (20,22) Ces derniers s'inquiétaient de la répercussion de la télémédecine sur leur place dans le système de santé et craignaient de perdre le cœur de leur métier ainsi que leur rôle de coordonnateur dans la relation médecin-malade. Par ailleurs, ils craignaient de devenir des prestataires au service des entreprises privées en charge de la télémédecine. Pour E5 dans notre présente étude, ceci doit être contourné par un investissement de tous les médecins dans la télémédecine. Par contre, dans l'article de Maxime Durupt (20), les médecins expriment le désir d'être acteurs de cette télémédecine qui ne devra pas leur être imposée. Pour ouvrir la discussion, nous pouvons citer l'article du magazine Challenges sur le service de téléconsultations (29) offert par l'assureur AXA. AXA embauche effectivement des médecins salariés à temps partiel qui leur permettent de prendre en charge vingt-cinq à trente patients par jour soit le « rythme (...) d'un médecin généraliste urbain ». Par contre, l'assureur estime que ce dispositif n'a pas vocation à concurrencer la médecine de ville et les hôpitaux car les appelants sollicitent surtout la plateforme le soir, le week-end et les jours fériés. Les craintes des premiers médecins, évoquées plus haut, sont-elles donc infondées ?

### **4.3. Relation médecin-patient**

Pour Alexandre Mathieu-Fritz (16), sociologue, la notion de “déshumanisation” de la télémédecine, souvent avancée par certains et notamment dans l’étude qualitative dans les Midi-Pyrénées (24), est à nuancer car les médecins et infirmières en ont conscience et trouvent des solutions pour y parer. Il a assisté à des téléconsultations où l’infirmière « mettait un point d’honneur à ce que la téléconsultation soit encore plus humaine qu’une consultation normale. Elle tenait la main au patient, elle lui répétait à l’oreille les paroles du médecin ». En résumé : « Il est clair qu’on peut imaginer des dispositifs déshumanisants, mais tout dépend du contexte d’usage. Il y a certes une impression de distance qui joue en défaveur du lien avec le patient mais les praticiens en ont conscience et vont lutter contre ça ». Ces propos rejoignent ceux de E5 qui disait lors de nos entretiens que la présence de l’infirmière était rassurante pour le patient et pallie le manque de contact physique avec eux. Il ajoutait que la qualité nécessaire à la pratique des téléconsultations était de pouvoir communiquer son langage corporel et non verbal afin d’améliorer la qualité relationnelle.

Mesdames NADOLNY et RAHUEL notaient dans leurs résultats (24) que les médecins craignaient des dérives concernant le bien-être physique et psychologique du patient. Finalement, cette peur était infondée car tous les patients de Saint Georges en ayant fait en sont sortis satisfaits. En revanche, il est clair que les enquêteurs ont relevé, dans leur entourage de patients, des a-priori négatifs chez ceux n’en ayant jamais pratiqué. Cela rejoint ce que disait E5 sur la peur de l’inconnu.

### **4.4. Perception globale**

Dans l’article *Télémédecine, la solution aux déserts médicaux?* (16) Alexandre Mathieu-Fritz dit que la télémédecine peut aider à pallier les zones médicalement sous-denses. Il induit une notion de complémentarité et donc le fait que ce n’est pas l’unique solution. Cela rejoint en tous points les propos des médecins que nous avons interrogé. Vu la chronophagie des téléconsultations, plusieurs n’envisagent cette activité que sur des plages dédiées, pas sur toute une journée et encore moins toute la semaine. Ajoutons à cela la palette de motifs bien précis que les téléconsultations peuvent régler et qui sont, selon nos praticiens, tous ceux ne nécessitant pas de palpation. D’ailleurs, en 2019, les médecins de l’étude de Mesdames NADOLNY et RAHUEL (24) déploraient déjà le rôle des médias qui diffusaient une image de la télémédecine encore loin de leur réalité et la présentaient comme « La solution miracle » au problème de démographie médicale.

Malgré la connexion internet, la problématique des zones médicalement sous-denses engendrant un manque de temps pour ces téléconsultations prenant justement du temps et la rémunération inchangée malgré la chronophagie selon E2, la majorité trouve qu’il y a un réel bénéfice pour les

patients se trouvant dans des zones manquant de médecins. Par analogie, ces résultats recourent ceux de l'étude portant sur les téléconsultations de médecine générale sur le personnel maritime (28) et dont le premier avantage relevé était de permettre une accessibilité au soin dans un milieu isolé.

Concernant la satisfaction de la pratique, E2 a exprimé un mécontentement important vis-à-vis de l'ARS qui émettait un contrat dont les clauses ne prenaient pas en compte, selon lui, le temps dédié et une rémunération à sa juste valeur. Il envisage donc de mettre fin à sa pratique des téléconsultations à Saint Georges-de-Rouelley. Parallèlement, E4 n'était également pas satisfait du choix du matériel qui s'était fait sans demander l'avis des principaux concernés. Nous retrouvons déjà ce sentiment de manque de compréhension et d'écoute de la part des autorités de santé représentées par les ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans la thèse de Mesdames NADOLNY et RAHUEL (24).

Sur le plan de la satisfaction du patient, E2 relatait qu'elle était davantage ressentie lors d'une téléconsultation par rapport à une consultation en présentiel car dans ce premier cas, c'est le patient qui va mettre fin à la prise en charge et quitter la cabine une fois que toutes ces interrogations seront levées. Par ailleurs, les patients ont un interlocuteur supplémentaire en la présence de l'infirmière. C'est ce que disait Marie-Françoise Uguen, infirmière à l'EHPAD de Landéda (29, Finistère), dans le Télégramme (30) : « Nous sommes deux infirmières par site formées à l'accompagnement du patient. Certains résidents communiquent très bien avec le médecin, d'autres s'appuient sur nous. Quand ils nous regardent, c'est qu'ils n'ont pas bien compris la question ».

#### **4.5. Perspectives et souhaits**

Quelques médecins pensent que la télémédecine doit être un nouvel enseignement à la faculté de la médecine. Cette « nécessité d'une formation des jeunes médecins » (16) avait été évoquée par Alexandre Mathieu-Fritz en 2018. Il disait qu'elle commençait avec les Diplômes Universitaires mais insistait sur un "attentisme". Sous-entendait-il qu'elle est encore déficitaire ?

Pour ce qui est du personnel paramédical, les médecins parlaient du rôle particulier « d'infirmier clinicien » dans la thèse de Mesdames NADOLNY et RAHUEL (24). Cela corrobore la demande des médecins de notre étude quant à une formation renforcée en sémiologie clinique chez les infirmiers assistant les médecins dans les téléconsultations.

Par ailleurs, dans cette première thèse (24), certains exprimaient « une anxiété à l'idée de déléguer leur savoir-faire à une tierce personne qu'ils ne connaissaient pas ». Cela reprend l'idée d'un binôme

stable qui se connaisse auparavant et qui a été évoquée par quelques-uns des médecins de notre présente étude.

Dans les résultats de son étude quantitative portant sur l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain sur la téléconsultation (22), Madame DIDIER retrouvaient des réticences quant aux questions organisationnelles et économiques qui semblaient au premier plan et qui pourraient être des freins à la mise en place de la téléconsultation : « comment intégrer dans des horaires, souvent surchargés, du temps pour ce nouveau mode de fonctionnement ainsi que pour s'y former ? (...) Comment ces actes vont-ils être rémunérés ? ». Ratan S. RANDHAWA relatait également cette donnée dans son article (31) : « les médecins généralistes ont estimé à l'unanimité que ce n'était pas une alternative pratique à la consultation en face-à-face ». Finalement, ces problématiques ne sont toujours pas résolues car exprimées par plusieurs médecins de notre présente thèse par une rentabilité faible et une organisation non pérenne d'où le fait qu'ils ne se voient pas y accorder plus de temps. Comment refonder et améliorer ce système de téléconsultations ? Par un système "mobile" ? Par plusieurs cabines et une préparation intégrale du patient en amont de la téléconsultation ? Ce sont les propositions évoquées par les médecins de notre étude. Pour finir sur une note positive : 75% des médecins estiment que la télémédecine fera partie de leur quotidien en 2030 selon une étude de la Mutuelle des professionnels de la santé (32).

A ce propos, cette proposition de mobilité du système a déjà été évoquée par les médecins généralistes de l'ancienne région Midi-Pyrénées (24) : « Selon eux, lors de la régulation téléphonique, le transfert d'images via télémédecine pourrait les aider à apprécier la gravité de certaines situations ou à diagnostiquer des lésions dermatologiques. Cela pourrait aussi aider au suivi de plaies par une tierce personne à domicile. ». Ils évoquaient également une « médecine itinérante dans les zones reculées (en camping-car) ». Lors de nos propres entretiens, certains disaient que cela leur permettrait également de voir le patient dans son environnement.

## Conclusion

La téléconsultation est une pratique d'avenir que les médecins tentent de s'approprier. Le centre de téléconsultation de Saint-Georges-de-Rouelley, qui présente la spécificité d'une infirmière sur place, est un dispositif expérimental visant à explorer les possibilités et les limites qu'offre la téléconsultation. Les avis recueillis durant nos entretiens montrent les forces et les faiblesses d'un tel dispositif, apportant un éclairage sur une pratique encore peu étudiée et pourtant en plein essor.

La téléconsultation est globalement perçue comme un outil complémentaire à l'activité habituelle des médecins généralistes. Pour qu'un tel dispositif de téléconsultation puisse être plus efficient, il faudra du temps et repenser son intégration au sein du parcours de soin « classique ». Ainsi, il faudra, à la fois veiller à ce qu'un encadrement solide évite d'éventuelles dérives et instaurer une confiance des patients face à cette nouvelle forme de médecine, mais il s'agira également l'enrichir en proposant dans les cursus d'enseignement des futurs médecins et infirmières des formations en téléconsultation. Cela prendra du temps et relève d'une stratégie à embrasser de la part des autorités compétentes. Cette réflexion sur l'opportunité d'un centre de téléconsultation devra également s'engager à l'échelle locale. Un tel dispositif ne pourra être pertinent que s'il s'adapte aux exigences du territoire dans lequel il s'inscrit. Un ancrage local est un atout non négligeable dans la réussite d'un tel projet. Afin d'évaluer le dispositif dans sa globalité, il serait intéressant de recueillir les perceptions des différents acteurs de ce projet, à savoir les IDE et les patients. Pour aller plus loin il serait tout aussi intéressant d'établir des comparaisons entre le centre de Saint-Georges-de-Rouelley et d'autres projets similaires.

La médecine a su s'enrichir au fil de son histoire des formidables progrès technologiques que lui fournissait ses paires. Elle relève aujourd'hui un nouveau défi avec l'intégration d'outils connectés et le développement de la téléconsultation. Mais ce développement ne devra pas se faire à n'importe quel prix, il nécessitera un investissement humain en formation et un encadrement étatique pour devenir une véritable révolution au service de tous.

## Bibliographie

1. A.C N. Essentials of telemedicine and telecare. John Wiley and sons, LTD. 2002.
2. Lottret C. Le centre de consultations médicales maritimes (CCMM), c'est quoi ? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.bateaux.com/article/26458/centre-de-consultation-medicale-maritime-ccmm-c-quoi>
3. Pujos, Roux, Tabarly, Ducassé. Consultation et régulation télémedicales maritimes. Centre de Consultation Médicale Maritime – CCMM [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.sfmu.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/031\\_Pujos.pdf](https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/031_Pujos.pdf)
4. Simon P. Télémedecine, enjeux et pratiques. Le Coudrier. 2015. (Synthèses et repères).
5. Vezin F. La e-santé: tentative d'une définition et de ses périmètres. 24 oct 2011; Disponible sur: <https://lemondedelaesante.wordpress.com/2011/10/24/la-e-sante-tentative-dune-definition-et-de-ses-perimetres/>
6. Code de la santé publique - Article L6316-1 [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038887059&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>
7. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine [Internet]. 2010 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
8. Code de la santé publique - Article L6311-2 [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886395&dateTexte=>
9. Code de la santé publique - Article L6314-1 [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928671&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78 [Internet]. 2009 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000020879771&cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
11. Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémedecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 [Internet]. 2015 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031307548>
12. 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 | Legifrance [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/8/1/SSAS1821639A/jo/texte>
13. Signature d'un nouvel avenant avec les médecins favorisant l'accès aux soins [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/signature-dun-nouvel-avenant-avec-les-medecins-favorisant-laces-aux-soins>
14. Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance



- maladie [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039050631&categorieLien=id>
15. Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-52419.html>
  16. Slate.fr. Télémedecine, la solution aux déserts médicaux? [Internet]. Slate.fr. 2018 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/sante/besoins-en-sante/episode-1/telemedecine-solution-desert-medicaux>
  17. L'Agence régionale de santé de Normandie arrête le nouveau zonage médecin [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/lagence-regionale-de-sante-de-normandie-arrete-le-nouveau-zonage-medecin>
  18. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 [Internet]. 2017-1866 déc 29, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036341354&categorieLien=id>
  19. Ouest-France. Saint-Georges-de-Rouelley. La commune installe la télémedecine. Ouest-France.fr [Internet]. 1 juill 2018 [cité 10 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/normandie/saint-georges-de-rouelley-50720/saint-georges-de-rouelley-la-commune-installe-la-telemedecine-5857643>
  20. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémedecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):487-97.
  21. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémedecine? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. :157.
  22. 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. :156.
  23. Carré E. Télémedecine: représentations et expériences des médecins généralistes: Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.
  24. Nadolny J, Rahuel C. La télémedecine : 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 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2628/>
  25. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Colin; 2016.
  26. Whitten P, Franken EA. Telemedicine for Patient Consultation: Factors affecting Use by Rural Primary-Care Physicians in Kansas. J Telemed Telecare. 1 sept 1995;1(3):139-44.
  27. Davis MM, Freeman M, Kaye J, Vuckovic N, Buckley DI. A systematic review of clinician and staff views on the acceptability of incorporating remote monitoring technology into primary care. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. mai 2014;20(5):428-38.
  28. Berland Y, Leonetti G. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l'exemple de la la pratique en milieu maritime. :118.
  29. Axa prend des gants dans la télémedecine. Challenges [Internet]. [cité 25 juin 2020]; Disponible sur: [https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/axa-prend-des-gants-dans-la-telemedecine\\_482372](https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/axa-prend-des-gants-dans-la-telemedecine_482372)

30. Gériatrie. Le médecin passe à la télé. Le Telegramme [Internet]. 4 oct 2018 [cité 25 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.letelegramme.fr/finistere/brest/geriatrie-le-medecin-passe-a-la-tele-04-10-2018-12097622.php>
31. Randhawa RS, Chandan JS, Thomas T, Singh S. An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 18 juin 2018 [cité 3 déc 2019];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6476389/>
32. Télémedecine : Les prémices d'une révolution sociétale. Portail CFDT.fr [Internet]. 23 août 2019 [cité 25 juin 2020]; Disponible sur: [https://www.cfdt.fr/portail/actualites/telemedecine-les-premices-d-une-revolution-societale-srv1\\_693299](https://www.cfdt.fr/portail/actualites/telemedecine-les-premices-d-une-revolution-societale-srv1_693299)

## **Annexes**

### **Annexe 1 : le premier guide d'entretien élaboré**

Bonjour, je m'appelle Hugo et je vais effectuer l'entretien sur votre ressenti sur les téléconsultations en MG qui fait l'objet de la thèse que je réalise en binôme avec Rose-Danielle. Etes-vous d'accord pour participer et être enregistré ?

Cela remonte à 2019 que l'on parle de télémédecine en France, et vous, quand est-ce que vous en avez pris connaissance ?

Tout d'abord, quel est votre ressenti global sur la téléconsultation à Saint-Georges après un an de pratique ?

En quoi la téléconsultation diffère-t-elle d'une consultation classique ?

Quel est l'impact sur la relation médecin-patient ?

Quels sont les points forts et les points faibles de la téléconsultation selon vous ?

Avez-vous rencontré des obstacles ou difficultés au cours de la téléconsultation (technologiques, logistiques, relationnelles) ?

Quel est votre avis sur l'utilité/intérêt de la téléconsultation à Saint-Georges ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dispositif ?

## **Annexe 2 : le guide d'entretien final**

- On parle beaucoup de téléconsultation depuis septembre 2018 et sa prise en charge par l'assurance maladie. Quelle est votre histoire avec la téléconsultation ? (depuis quand, comment, par quels biais etc...)
- Tout d'abord, quel est votre ressenti global sur la téléconsultation à Saint-Georges après un an de pratique ?
- En quoi la téléconsultation diffère-t-elle d'une consultation classique ?
- Quel est l'impact sur la relation médecin-patient ?
- Quels sont les points forts et les points faibles de la téléconsultation selon vous ?
- Avez-vous rencontré des obstacles ou difficultés au cours de la téléconsultation (technologiques, logistiques, relationnelle) ?
- Quel est votre avis sur l'utilité/intérêt de la téléconsultation à Saint-Georges ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dispositif ?
- Comment voyez-vous l'avenir de la téléconsultation ? Avez-vous des craintes ?
- Est-ce que la téléconsultation vous a apporté quelque chose ?
- Si vous deviez parler du centre à un collègue qui voudrait le rejoindre, que lui diriez-vous ?
- Avez-vous des choses à ajouter ?

### Annexe 3 : la grille de thèmes initiale

DISPOSITIF	Prise en charge thérapeutique	Relation médecin-patient	Service rendu
<p>Fonctionnalité de la plate-forme, maniement du logiciel.</p> <p>Gestion des dossiers médicaux.</p> <p>Communication autour du centre, accessibilité, facilité de prise de rendez-vous.</p> <p>Formation au dispositif (médecin et IDE).</p> <p>Sécurité des données.</p> <p>Connaissance du cadre médico-légal.</p> <p>Fonctionnement de l'équipement.</p> <p>Qualité audio/vidéo, fluidité des échanges.</p> <p>Qualité de la connexion internet.</p> <p>Coordination avec l'IDE.</p> <p>Coûts, qualité des prestataires.</p> <p>Frein au déploiement.</p>	<p>Conséquences de l'absence d'examen clinique.</p> <p>Influence sur la prescription.</p> <p>Gestion des examens complémentaires.</p> <p>Gestion de l'urgence.</p> <p>Communication avec les spécialistes.</p> <p>Gestion/rendement du temps de consultation.</p> <p>Profil des patients ayant recours à la téléconsultation</p> <p>Motifs des consultations.</p>	<p>Modification de la relation pré existante (pr les patients connus auparavant)</p> <p>Aisance de l'échange.</p> <p>Communication de l'empathie, de l'autorité, de la confiance.</p> <p>Place/influence de l'IDE dans la relation avec le patient.</p> <p>Percept° du langage corporel/ non verbal.</p> <p>Adhésion du patient au projet thérapeutique.</p>	<p>Satisfaction générale du médecin.</p> <p>Satisfaction générale du patient.</p> <p>Avantages du dispositif.</p> <p>Évaluation du gain de temps pour le patient.</p> <p>Consultation aux urgences évitées.</p> <p>Dans quelles situations/pour quels patients le dispositif est-il particulièrement bénéfique ?</p> <p>Démographie médicale (zones sous-denses).</p> <p>Rémunération.</p> <p>Peur des dérives.</p> <p>Qualité de la prise en charge.</p>

**Annexe 4 : la grille de thèmes, version finale**

<b>Dispositif</b>	<b>Prise en charge thérapeutique</b>	<b>Relation médecin-patient</b>	<b>Avis global</b>	<b>Perspectives et souhaits</b>
Plateforme/logiciel	Influence sur la prise en charge thérapeutique	Aisance de l'échange avec le patient	Satisfaction générale du praticien	L'IDE
La cellule de coordination	Profil des patients	Communication de l'empathie, de l'autorité, de la confiance	Satisfaction générale du patient	Les outils connectés
Sécurité des données	Motifs des consultations	Place de l'IDE dans la relation avec le patient	Satisfaction générale des IDE	Formation des étudiants
Fonctionnement des outils connectés.	Suivi des patients	Adhésion du patient au projet thérapeutique	Démographie médicale (zones sous-denses)	Poursuite des téléconsultations à Saint-Georges
La connexion internet	Aisance du médecin	Comparaison avec une consultation présenteielle	Service rendu	
Coordination avec l'IDE	L'examen clinique à distance		Les dérives	
Frein au déploiement	Plus-value des IDE			
Intérêt du médecin pour la télémedecine	Limites des IDE			
Préparation du projet	Rendements et rémunération			
Comparaison avec la téléconsultation « classique »				

## Annexe 5 : Mail aux praticiens

Bonjour Dr \*\*\*,

Nous vous contactons aujourd'hui pour solliciter votre contribution à la réalisation d'une thèse sur le centre de téléconsultation de Saint-Georges-de-Rouelley !

Nous sommes deux étudiants de la faculté de médecine de Caen et avons pour objectif de mener en binôme une thèse portant sur le centre téléconsultation de Saint-Georges-de-Rouelley.

Le caractère novateur et l'intérêt de santé publique de ce dispositif ont motivé le choix de ce sujet.

Pour cela, nous souhaiterions réaliser une étude qualitative, basée sur une série d'entretiens individuels.

L'idée serait d'"interviewer" chacun des médecins du centre, lors d'une séance d'environ 30 minutes.

Votre rôle sera de livrer votre ressenti.

Les entretiens seront enregistrés, retranscrits et analysés de façon anonyme.

Idéalement nous souhaiterions étaler nos rencontres entre mi-février et fin mars.

Ce premier mail a pour but de vous présenter brièvement notre projet et de nous assurer de votre adhésion à cette thèse.

Nous aurions également besoin des coordonnées des médecins ayant pratiqué la téléconsultation au centre de Saint-Georges.

Nous nous tenons à votre disposition pour toute question ou remarque éventuelle,

Avec nos remerciements,

Rose-Danielle Nsom

Hugo Lamy

## Annexe 6 : questionnaire des données socio-épidémiologiques et équipements numériques

### QUESTIONNAIRE

La participation à cet entretien est anonyme.

Ces informations vous sont demandées afin de faciliter l'analyse des données par la suite.

- Nom / prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

- Age : \_\_\_\_\_ Ville/secteur d'exercice : \_\_\_\_\_

- Statut professionnel :  Installé en cabinet. Date de l'année d'installation : \_\_\_\_\_

- Date de début d'exercice des téléconsultations : \_\_\_\_\_

- Type de cabinet :  Cabinet de groupe  Seul  Maison de santé

pluridisciplinaire : autres professions dans la MSP : \_\_\_\_\_

- Type de secrétariat :  Secrétaire sur place  Secrétariat téléphonique  Pas de secrétariat

Autre : \_\_\_\_\_

- Zone d'exercice :  Zone urbaine  Zone semi-rurale  Zone rurale

- Mode d'exercice :  Salarié uniquement  Libéral uniquement  Libéral et salarié

- Activité hebdomadaire en ambulatoire (consultations en présentiel) :

Moins de 100 patients  Entre 100 et 150 patients  Plus de 150 patients

- Activité hebdomadaire de téléconsultations :

Moins de 5  Entre 5 et 30  Entre 30 et 50  Plus de 50

- Orientation d'exercice (DESC, DIU, capacité, formations annexes ...) : \_\_\_\_\_

- Équipement au cabinet :

Ordinateur fixe :  oui  non

Connexion internet au cabinet :  oui  non

- Autres équipements :

Ordinateur portable

Connexion au dossier patient lors des visites - Si oui, par quel moyen ?

\_\_\_\_\_  Scanner (numérisation de documents)

Fax

Smartphone ou iPhone

Tablette numérique (type Ipad®)

ECG portable

Serveur d'archivage de données des patients (type Hellodoc®, Axisanté®, ...)

Serveur de transmission de résultats d'analyses (type Hprim®, ...)

Messagerie de santé pour transmission de comptes rendus médicaux (type Medimail®)

Possibilité de télétransmission d'examens médicaux :

ECG  EFR  photos numériques  Autres :

\_\_\_\_\_  Utilisation de messagerie instantanée (type Skype®...)

En cochant cette case, j'autorise l'enregistrement audio de l'entretien, qui sera utilisé dans ce travail de thèse.



**Annexe 7 : tableau récapitulatif des données socio-épidémiologiques et équipements numériques**

<i>INFORMATEUR</i>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>
<b>AGE</b>	34	40	30	46	52	45	56
<b>SEXE</b>	F	M	F	M	M	M	M
<b>ANNEE D'INSTALLATION</b>	2016	2013	2019	2007	1995	2008	1993
<b>TYPE DE CABINET</b>	De groupe	De groupe	De groupe	Maison de santé	Pole de Santé Universitaire	De groupe	Maison de santé
<b>TYPE DE SECRETARIAT</b>	Sur place	Sur place	Téléphonique	Sur place	Sur place et téléphonique	Sur place et téléphonique	Sur place
<b>ZONE D'EXERCICE</b>	Rurale	Semi-rurale	Rurale	semi-rurale	urbaine	Urbaine, semi-rurale et rurale	Rurale
<b>MODE D'EXERCICE</b>	Libéral	Libéral + salariat	Libéral + salariat	libéral	Libéral	Libéral	Libéral + salariat
<b>ACTIVITE HEBDOMADAIRE AMBULATOIRE</b>	100 à 150	Plus de 150	100 à 150	Pas de réponse	Environ 150	100 à 150	Pas de réponse
<b>DATE DE DEBUT DES TELECONSULTATIONS</b>	2018	2018	2019	2018	2018	2018	2018
<b>ACTIVITE HEBDOMADAIRE EN TELECONSULTATIONS</b>	Moins de 5	Moins de 5	Moins de 5	Moins de 5	Moins de 5	Entre 5 et 30	Moins de 5
<b>ORDINATEUR FIXE/PORTABLE</b>	Fixe	Fixe	Fixe	fixe	Fixe	Fixe	Fixe
<b>CONNEXION INTERNET</b>	x	x	x	x	X	x	x
<b>CONNEXION AU DOSSIER PATIENT LORS DES VISITES</b>		x	x		X	x	x
<b>SCANNER</b>		x	x	x	X		x
<b>FAX</b>		x	x	x	X		x
<b>SMARTPHONE OU Iphone</b>		x	x	x	X		x
<b>TABLETTE NUMERIQUE</b>			x	x	X		x
<b>ECG PORTABLE</b>				x	X		x
<b>SECTEUR D'ARCHIVAGE DE DONNEES DES PATIENTS</b>		x	x	x	X		x

<b>SECTEUR DE TRANSMISSION DE RESULTATS D'ANALYSES</b>	X	X	X	X	X		X
<b>MESSAGERIE DE SANTE POUR TRANSMISSION DES CR MEDICAUX</b>	X	X	X	X	X		X
<b>TELETRANSMISSION D'ECCG</b>			X				X
<b>TELETRANSMISSION D'EFR</b>							X
<b>TELETRANSMISSION DE PHOTOS NUMERIQUES</b>							X
<b>AUTRES</b>							
<b>UTILISATION DE MESSAGERIE INSTANTANEE</b>		X	X				X

## Annexe 8 : déclaration de traitement générique de composante à des fins pédagogiques

### DECLARATION DE TRAITEMENT GÉNÉRIQUE DE COMPOSANTE A DES FINS PÉDAGOGIQUES ANALYSE DE PRATIQUES DE SOIN

Numéro de Traitement générique (TG\_COMPO\_PEDAGO\_SANTE\_14-20180529-01R1)

#### REFERENCE

##### COMPOSANTE PORTEUSE DU TRAITEMENT

Rédaction : François Girault 01/06/2018  
Vérification : Véronique Gauthier  
Approbation : François Girault

#### DIFFUSION

Publique  Restreinte

#### CIBLE

Service / Organisme Date

UFR Santé

#### 1. COMPOSANTE CONCERNEE / RESPONSABILITE

Compte tenu de la spécificité de chaque composante, un traitement générique de composante à des fins pédagogiques ne peut-être déclaré que pour une composante définie.

Le directeur de composante, le responsable de diplôme, l'enseignant encadrant le traitement et l'étudiant réalisant le traitement s'assurent que le traitement réalisé est conforme en tout points aux spécifications définies dans ce document et signent une déclaration de conformité. (voir annexe 1).

#### 2. OBJECTIF(S) POURSUIVI(S) PAR LE TRAITEMENT (FINALITES)

Réaliser des études portant sur les pratiques de soin des personnels de santé dans le cadre de thèse ou de mémoire organisés par l'UFR Santé.

#### ANNEXE 1 : ENGAGEMENT DE CONFORMITE

##### 1. TRAITEMENT DECLARE

Vous déclarez par la présente que votre traitement « Perception des médecins généralistes quant à leur pratique de la téléconsultation - Etude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouilly (Orne, 61) » et réalisé dans le cadre de la thèse pour l'obtention du grade de Docteur en médecine est conforme aux règles énoncées dans le texte de référence TG\_COMPO\_PEDAGO\_SANTE\_14-20180529-01R1

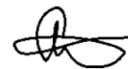
##### 2. DECLARANT

###### ENSEIGNANT ENCADRANT OU DIRECTEUR DE THESE :

Nom : Hofferer

Prénom : Agnes

Signature :



###### ETUDIANT :

Nom : Lamy

Prénom : Hugo

Signature :



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Cabre', with a long horizontal stroke extending to the right.

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020

NOMS ET PRÉNOMS DES AUTEURS : **NSOM EYENGA NDILLE JOUAN** Rose-Danielle et **LAMY** Hugo

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

**Perception des médecins généralistes quant à leur pratique de la téléconsultation  
Etude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de téléconsultations de  
Saint-Georges-de-Rouelley (Manche, 50)**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

Introduction : la densité médicale insuffisante dans certains territoires est un problème majeur de santé publique en France. Pour pallier le manque de professionnels de santé, diverses solutions sont développées sur le territoire. Nous nous sommes intéressés à un centre de téléconsultations créé récemment. Il s'agissait d'une salle de consultation équipée d'outils d'examens connectés. Le patient, accompagné d'une infirmière sur place, est reçu pour téléconsultation avec un médecin généraliste de la région.

Objectif : l'objectif de notre étude était de recueillir la perception des médecins généralistes ayant pratiqué des téléconsultations au centre de Saint-Georges-de-Rouelley.

Méthode : il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, avec chacun des médecins généralistes pratiquant les téléconsultations avec le centre de Saint-Georges-de-Rouelley. Une analyse thématique avec triangulation des données a été réalisée.

Résultats : tous les médecins s'accordaient pour reconnaître le service rendu au patient et la satisfaction de celui-ci, ainsi que l'importance de sélectionner des motifs de consultation adaptés. La présence d'une infirmière était globalement considérée comme un réel apport relationnel, sans perturber la relation médecin-malade, qui restait inchangée par rapport à une consultation en présentiel. Les avis portant sur l'usage et la qualité des outils connectés étaient divergents. Le caractère chronophage était une critique majeure. Tous reconnaissaient l'importance de s'adapter à l'évolution technologique et la place croissante de ce type de pratique à l'avenir.

Discussion : les forces de notre étude était l'emploi de la méthodologie qualitative qui permettait une exploration vaste de la problématique ainsi que la possibilité de recueillir les données concernant tous les médecins du centre de téléconsultations. L'expérience de novice de l'enquêteur, l'enquête « unicentrique » étaient les limites de l'étude. Il serait par ailleurs intéressant afin de mieux évaluer le dispositif de réaliser des études auprès des autres intervenants du dispositif et de comparer les résultats retrouvés pour le centre évalué à d'autres dispositifs de télémédecine.

Conclusion : le centre de téléconsultation de Saint-Georges-de-Rouelley, qui présente la spécificité d'une infirmière sur place, est un dispositif expérimental visant à explorer les possibilités et les limites

qu'offre la téléconsultation. Elle est globalement perçue comme un outil complémentaire à l'activité habituelle des médecins généralistes. De nombreux résultats de notre thèse étaient des appréhensions finalement déjà présentes dans d'autres études portant sur les médecins ne pratiquant pas de téléconsultations. Il y a donc eu peu d'écoute des médecins. Une refonte de ce système afin qu'il soit plus adéquate à l'organisation de travail des médecins généralistes est nécessaire mais est à penser en amont avec les médecins généralistes.

MOTS-CLÉS : téléconsultation, télémédecine, zones médicalement sous-denses, outils connectés

## **TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

**General practitioners' perception of their teleconsultation practice**

**Qualitative study with doctors practicing teleconsultation at the Saint-Georges-de-Rouelley center (Manche, 50)**

## **RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

### **Introduction :**

The insufficient medical density in certain territories is a major public health problem in France. To make up for the lack of health professionals, various solutions are being developed in the area. We were interested in a teleconsultation center recently created. It was a consultation room equipped with connected exam tools. The patient, accompanied by a nurse on site, is received for teleconsultation with a general practitioner in the region.

### **Objective :**

The objective of our study was to collect the perception of general practitioners who have practiced teleconsultations in the center of Saint-Georges-de-Rouelley.

### **Method :**

It was a qualitative study, by semi-directed individual interviews, with each of the general practitioners practicing teleconsultations with the Saint-Georges-de-Rouelley center. A thematic analysis with triangulation of the data was carried out.

### **Results :**

All the doctors agreed to recognize the service rendered to the patient and his satisfaction, as well as the importance of selecting suitable reasons for consultation. The presence of a nurse was generally regarded as a real relational contribution, without disturbing the doctor-patient relationship, which remained unchanged compared to a face-to-face consultation. Opinions on the use and quality of connected tools differed. The time-consuming nature was a major criticism. All recognized the importance of adapting to technological change and the increasing place of this type of practice in the future.

### **Discussion :**

The strengths of our study was the use of the qualitative methodology which allowed a broad exploration of the problem as well as the possibility of collecting data concerning all the doctors of the teleconsultation center. The investigator's novice experience, the "unicentric" survey, were the limitations of the study. It would also be interesting in order to better evaluate the device to carry out



studies with the other stakeholders of the device and to compare the results found for the center evaluated with other telemedicine devices.

### Conclusions :

The Saint-Georges-de-Rouelley teleconsultation center, which has the specificity of a nurse on site, is an experimental device aimed at exploring the possibilities and limits offered by teleconsultation. It is generally perceived as a complementary tool to the usual activity of general practitioners. Many of the results of our thesis were apprehensions that were already present in other studies of doctors who did not practice teleconsultations. So there was little listening from the doctors. An overhaul of this system so that it is more adequate for the work organization of general practitioners is necessary but should be considered in advance with general practitioners.

KEY WORDS : teleconsultation, telemedicine, medically under-dense areas, connected tools