



HAL
open science

Attentes et représentations des IDE et médecins généralistes de la presqu'île de Quiberon au sujet de la téléconsultation assistée par IDE

Paul-Antoine Guedj

► **To cite this version:**

Paul-Antoine Guedj. Attentes et représentations des IDE et médecins généralistes de la presqu'île de Quiberon au sujet de la téléconsultation assistée par IDE. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03320905

HAL Id: dumas-03320905

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03320905v1>

Submitted on 16 Aug 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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par

Paul-Antoine Guedj

Né le 04 novembre 1991 au Havre

**Attentes et
représentations des IDE
et médecins
généralistes de la
presqu'île de Quiberon
au sujet de la
téléconsultation
assistée par IDE.**

**Thèse soutenue à Rennes le 24
novembre 2020** devant le jury composé de :

Olivier DECAUX

PU-PH, CHU de Rennes / Président du jury

Patrick JEGO

PU-PH, CHU de Rennes / Juge

Emmanuel ALLORY

MCF associé, CHU de Rennes / Juge

Jean-Philippe MOITIER

Docteur en médecine générale / Directeur de thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Paul-Antoine Guedj

Né le 04 novembre 1991 au Havre

**Attentes et
représentations des IDE
et médecins
généralistes de la
presqu'île de Quiberon
au sujet de la
téléconsultation
assistée par IDE.**

**Thèse soutenue à Rennes le 24
novembre 2020** devant le jury composé de :

Olivier DECAUX

PU-PH, CHU de Rennes / Président du jury

Patrick JEGO

PU-PH, CHU de Rennes / Juge

Emmanuel ALLORY

MCF associé, CHU de Rennes / Juge

Jean-Philippe MOITIER

Docteur en médecine générale / Directeur de thèse



PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

Nom	Prénom	Titre	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BRISSOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

EDAN	Gilles	Pr surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Pr Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Pr Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie

JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive

MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Pr associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie

ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire



MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITÉS

Nom	Prénom	Titre	Sous-section CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM I	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSE MART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire

CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie

THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

À *Monsieur le Professeur Olivier DECAUX*, de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

À *Monsieur le Professeur Patrick JEGO*, de me faire l'honneur de participer à ce jury.

À *Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY*, de me faire l'honneur de faire partie de ce jury.

À *Monsieur le Docteur Jean-Philippe MOITIER*, d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour ton aide et ton soutien.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	12
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	14
LISTE DES ABREVIATIONS	14
RESUME	15
ABSTRACT	16
1. INTRODUCTION	17
2. MATERIELS ET METHODES	20
A. POPULATION D'ETUDE ET RECUEIL DES DONNEES	20
B. ANALYSE	20
3. RESULTATS.....	21
A. POPULATION D'ETUDE.....	21
B. ANALYSE DES VERBATIM.....	22
<i>i. État des lieux des pratiques actuelles sur la presqu'île de Quiberon</i>	<i>22</i>
<i>ii. Connaissances des professionnels de santé sur la télémédecine.....</i>	<i>22</i>
<i>iii. Avis sur l'intérêt d'une formation</i>	<i>23</i>
<i>iv. Points de vue sur les outils techniques nécessaires.....</i>	<i>23</i>
<i>v. Champs d'application de la téléconsultation assistée.....</i>	<i>24</i>
v.1. Modalités générales d'application	24
v.2. Situations cliniques applicables à la téléconsultation assistée	24
vi. Limites d'application	25
<i>vii. Bénéfices potentiels de la téléconsultation assistée.....</i>	<i>25</i>
vii.1. Au profit des médecins	25
vii.2. Au profit des IDE	26
vii.3. Au profit des patients.....	26
vii.4. Au profit de la coordination des soins.....	27
<i>viii. Désavantages potentiels de la téléconsultation assistée.....</i>	<i>27</i>
viii.1. Une nouvelle relation à construire.....	27
viii.2. Diminution de la qualité de prise en charge.....	27
viii.3. Difficultés organisationnelles et contraintes techniques.....	28
<i>ix. Perception globale de la téléconsultation assistée</i>	<i>28</i>
4. DISCUSSION.....	28
A. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	28
B. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS	29
C. FREINS A SA MISE EN PLACE ET A SON USAGE	30
D. UN OUTIL ENVISAGE DE MANIERE ADAPTEE.....	31
E. UN ATOUT POUR LA COORDINATION DES SOINS	32
5. CONCLUSION.....	32
6. BIBLIOGRAPHIE	34
7. ANNEXE	37

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Carte ARS du zonage MG en Bretagne	19
Figure 2 : Carte ARS du zonage IDEL en Bretagne	19
Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens IDEL	21
Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens MG	21

LISTE DES ABREVIATIONS

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

ARS : Agence Régionale de Santé

MG : Médecin généraliste

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

GSM : Global Système for Mobile

HAS : Haute Autorité de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

RESUME

Introduction : La téléconsultation assistée par IDE est un nouvel outil mis à disposition des professionnels de santé, avec la création de cotations par l'assurance maladie pour les MG en 2018 et pour les IDEL en janvier 2020. Elle pourrait permettre de répondre à des problèmes de coordination des soins et de désertification médicale.

Objectif : L'objectif de cette étude était de recueillir les perceptions et les attentes des IDEL et des MG de la presqu'île de Quiberon vis-à-vis de cette nouvelle pratique et de confronter leurs différents points de vue.

Matériels et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 5 MG et de 14 IDEL exerçant sur la presqu'île de Quiberon, d'avril 2020 à septembre 2020.

Résultats : Les IDEL et MG ont une perception positive de la téléconsultation assistée par IDE, même s'ils reconnaissent volontiers avoir peu de connaissances de cette pratique nouvelle. Ils l'imaginent dans le respect du parcours de soins, et majoritairement pour la réévaluation de patients chroniques stabilisés ainsi que pour le suivi des plaies. Cette pratique leur paraît avantageuse pour l'amélioration de la coordination des soins, en offrant un temps dédié à l'échange MG/IDEL, ainsi qu'une prise en charge globale plus performante du fait de regards croisés. Elle leur semble également apporter un possible gain de temps médical, utile en temps de pénurie médicale. Ils craignent cependant un refus des patients vis-à-vis de cette pratique, ceux-ci pouvant préférer le contact physique avec le médecin, mais appréhendent également la nouvelle relation tripartite (MG, IDEL et patient) qui leur est jusqu'alors inconnue.

Discussion : Bien que non connues des participants à cette étude, les recommandations de bonne pratique sont instinctivement appliquées. Les principaux points de divergence entre MG et IDEL résident dans ses limites d'application, notamment pour les prises en charge urgentes des patients. La perception de la téléconsultation par les professionnels de santé de la presqu'île est globalement positive car elle peut permettre selon eux une meilleure coordination des soins en offrant un temps dédié de communication entre MG et IDEL accompagné du patient, tout en leur offrant une rémunération adaptée.

ABSTRACT

Introduction : District nurse assisted teleconsultation is a new tool made available to healthcare professionals with the creation of health insurance quotations for doctors in 2018 and for district nurses in January 2020. It could make it possible to respond to problems of care coordination and medical desertification.

Objective : The main objective of the study was to collect the perceptions and expectations of nurse districts and general practitioners on the Quiberon peninsula with regards to this new practice, and to compare their different points of view.

Materials and Methods : This was a qualitative study based on semi-directed interviews with 5 general practitioners and 14 district nurses practising on the Quiberon peninsula from April 2020 to September 2020.

Results : The district nurses and general practitioners of the Quiberon peninsula have a positive perception of district nurse assisted teleconsultation, although they readily report a lack of knowledge of this tool. According to them, assisted teleconsultation should be practised in respect of the care pathway, and mainly for the re-evaluation of stabilised chronic patients and for the follow-up of wounds. This practice seems beneficial to them for the improvement of care coordination, by offering time dedicated to the doctor/nurse dialogue, as well as a more efficient global management due to the cross-examination. It also seems to them to bring a possible saving of medical time, useful in times of medical shortage.

However, they fear that patients will refuse this practice, as they may prefer physical contact with the doctor, but also fear the new tripartite relationship (doctor, district nurse, and patient) which is unknown to them until now.

Discussion : Although not known to the participants in this study, the recommendations for good practice concerning district nurse assisted teleconsultation are instinctively applied by the participants.

The main points of divergence between general practitioners and district nurses lie in its limitations when it comes to implementation, particularly in an emergency context. Better coordination of care can be hoped for because assisted teleconsultation offers dedicated communication time between the doctor and the nurses accompanied by the patient, while offering them an adapted remuneration.

However, the saving in medical time hoped for by the participants in our study seems to be undermined, as this practice is envisaged as a complement

1. Introduction

Afin de renforcer l'accès territorial aux soins, une des solutions mises en avant par le gouvernement est la généralisation de la télé-médecine. [1]

La télé-médecine se définit comme une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle permet ainsi au médecin de communiquer avec le patient ou avec tout autre professionnel de santé apportant des soins au patient. [2] Elle se compose de cinq différents actes : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale effectuée par les centres 15. [3]

La téléconsultation est une consultation à distance entre le médecin et le patient. Les actes de téléconsultation doivent être effectués dans le respect du parcours de soins. Cependant, des exceptions existent pour certains patients et certaines situations [4] :

- Les patients âgés de moins de 16 ans
- Les accès directs spécifiques pour certains spécialistes
- Les patients ne disposant pas de médecin traitant
- Les patients dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé.

La téléconsultation peut, d'après le code de santé publique, être effectuée en présence d'un autre professionnel de santé, qui le cas échéant peut assister le médecin lors de cet acte. Il s'agit alors d'une téléconsultation assistée. [3] Depuis 2018, il existe une cotation spécifique destinée aux médecins généralistes qui effectuent des téléconsultations. Il s'agit de la cotation TCG, qui valorise l'acte à hauteur de 25 euros. [5] Depuis le 1er janvier 2020, les infirmiers libéraux bénéficient également de trois cotations en tant qu'accompagnants des patients lors des téléconsultations assistées :

- TLS, valorisée à hauteur de 10 euros, lorsque la téléconsultation intervient lors d'un soin infirmier déjà prévu
- TLL, valorisée à hauteur de 12 euros, lorsque la téléconsultation est effectuée dans un lieu dédié à cette pratique
- TLD, valorisée à hauteur de 15 euros, lorsqu'elle est organisée au domicile du patient.

Les infirmiers n'ont pas besoin de prescription médicale pour effectuer un acte de téléconsultation, mais doivent indiquer le numéro RPPS du médecin dans la zone « médecin prescripteur » de la feuille de soins [5]. La présence d'un professionnel de santé paramédical pourrait favoriser l'utilisation de ce nouveau moyen de communication avec des patients peu familiers des nouvelles technologies, notamment ceux habituellement vus en visite à domicile.

Plusieurs thèses de médecine générale ont montré que les médecins généralistes ont des avis divergents au sujet de la téléconsultation. Certains praticiens évoquaient leur peur de perdre le contact humain et dénonçaient le manque de cadre juridique clair encadrant cette pratique. Cependant, ces

travaux retrouvaient également un certain attrait vis-à-vis de la téléconsultation, celle-ci étant perçue comme une possible solution d'avenir pour répondre aux enjeux démographiques actuels. [6] [7] [8] [9] [10]

La téléconsultation assistée par IDEL pourrait par ailleurs permettre aux médecins généralistes de s'affranchir du temps de déplacement incompressible des visites à domicile, qui sont en effet perçues par ces derniers comme étant très chronophages. Le temps moyen consacré à une visite à domicile est de 40 minutes d'après une étude de l'URML d'Ile-de-France. [11] De plus, des travaux de thèse effectués auprès de médecins généralistes mettent en évidence une diminution de la qualité des soins induite par les difficultés d'accès au dossier médical et par un examen clinique rendu moins performant qu'au cabinet. [12] [13] [14] [15]. Dans le contexte de désertification médicale qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 [16], et de l'augmentation du besoin de soins dû au vieillissement de la population [17], le nombre de visites à domicile est potentiellement amené à augmenter. De plus, un sondage IPSOS au sujet de la fin de vie montre une volonté forte des personnes interrogées (85%) de finir leur vie à domicile. [18]

La presqu'île de Quiberon est un territoire peu étendu géographiquement, mais le trafic routier important en période estivale allonge considérablement les temps de trajet. Le zonage des médecins généralistes libéraux arrêté par l'ARS le 12 Juin 2018 définit la presqu'île de Quiberon comme une zone d'intervention prioritaire. [19]. Ce territoire comprend 3 médecins généralistes sur la commune de Saint-Pierre Quiberon, dont 2 de plus de 60 ans, et 4 sur la Commune de Quiberon, dont 2 de plus de 60 ans. [20]. Le zonage des IDEL arrêté par l'ARS le 27 mars 2020 définit la presqu'île de Quiberon comme sur-dotée [21]. 30 infirmiers libéraux exercent sur ce territoire [22]. La population de la commune de Quiberon en 2017 est de 4741 habitants dont 50,4% de plus de 60 ans [23], et celle de Saint-Pierre-Quiberon est de 2060 dont 49,3% de plus de 60 ans [24].

Figure 1 : Carte ARS du zonage MG en Bretagne

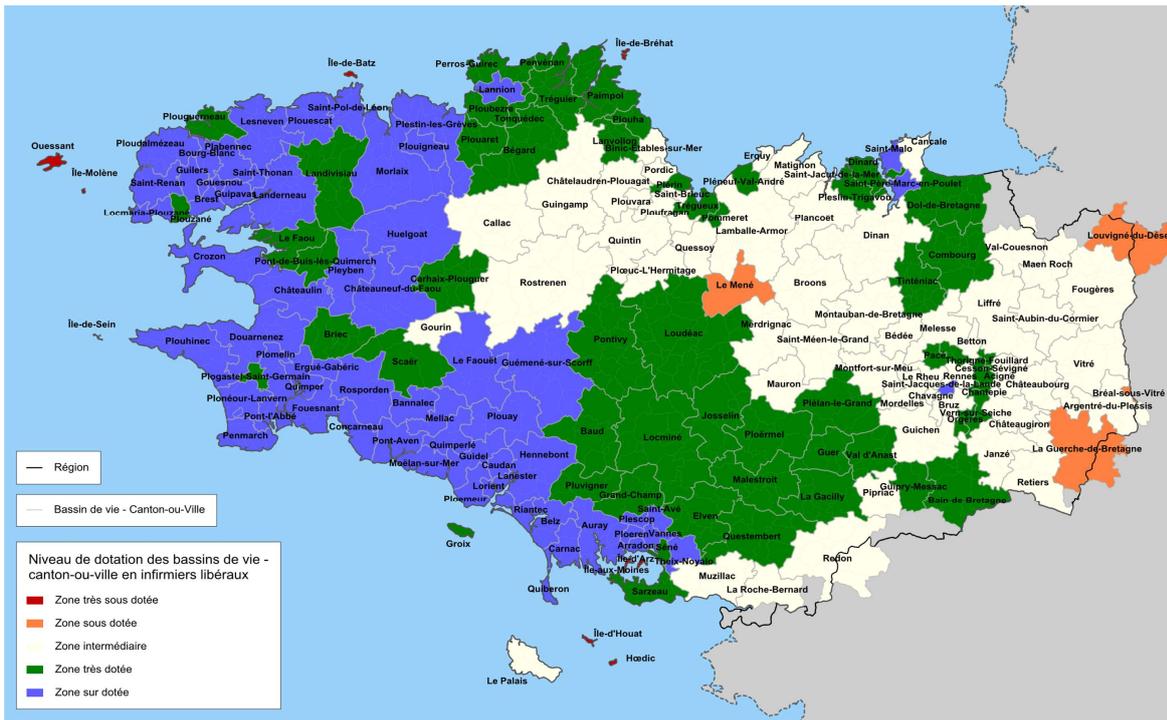
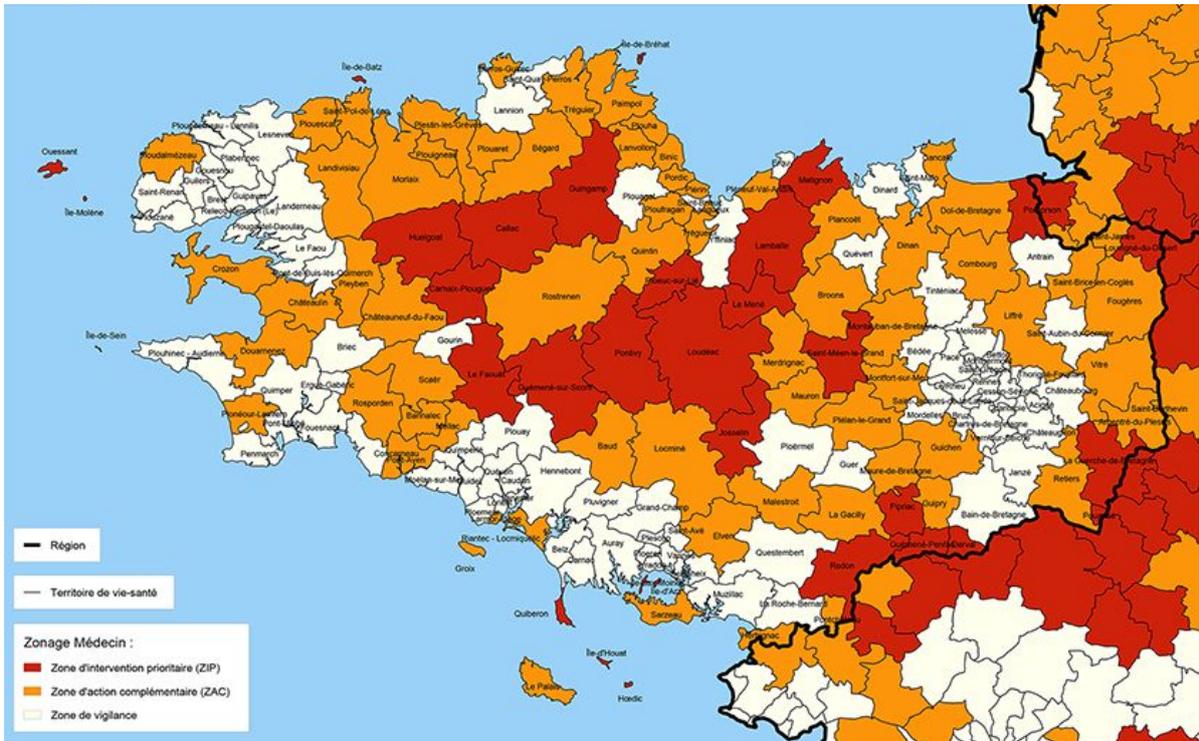


Figure 2 : Carte ARS du zonage IDEL en Bretagne



Au sein de la CPTS naissante « Preskilib », qui regroupe les territoires de la presqu'île de Quiberon, de Belle-Ile-en-Mer, de Houat et d'Hoedic, un des projets de soin consiste en la mise en place de téléconsultations assistées sur la presqu'île de Quiberon, afin de répondre au besoin grandissant de visites à domicile mais aussi dans le but d'améliorer la coordination entre MG et IDEL.

La téléconsultation assistée par IDEL peut-elle permettre un gain de temps médical ? Peut-elle être une des réponses à la demande croissante de soins, et notamment de visites à domicile ? La téléconsultation permettrait-elle sur ce territoire d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé ?

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les perceptions et les attentes des IDEL et des MG de la presqu'île de Quiberon vis-à-vis de cette nouvelle pratique et de confronter leurs différents points de vue.

2. Matériels et méthodes

a. Population d'étude et recueil des données

Les entretiens ont été conduits auprès d'IDEL et MG sur la presqu'île de Quiberon entre avril et septembre 2020. Certains ont été menés par communication vidéo, du fait du confinement alors en vigueur en France.

Les différents cabinets infirmiers et médicaux de la presqu'île ont été contactés par téléphone afin d'organiser des entrevues. L'objectif était d'interroger le maximum de professionnels exerçant sur la presqu'île.

Le guide d'entretien a été élaboré par l'auteur principal après une revue de la littérature, puis retravaillé avec le directeur de thèse. Après une question brise-glace concernant leur parcours professionnel, les participants étaient interrogés sur leurs connaissances générales vis-à-vis de la téléconsultation assistée par IDEL, puis sur les situations dans lesquelles cette technique pourrait être employée, ainsi que sur les éventuelles formations nécessaires à son utilisation. Enfin, ils étaient interrogés sur ses avantages et inconvénients potentiels. Le guide d'entretien est resté identique tout au long de l'étude.

Cette étude ne nécessitait pas d'autorisation du Comité de Protection des Personnes.

b. Analyse

Les entretiens ont été retranscrits en intégralité, anonymisés puis codés par le chercheur principal de l'étude. Le codage puis la catégorisation des verbatim ont été revus puis discutés avec un deuxième chercheur.

3. Résultats

a. Population d'étude

19 entretiens ont été réalisés, dont 14 avec des IDEL et 5 avec des MG. Au total, 46,6% des IDEL de la presqu'île ont été interrogés, et 71,4% des MG.

3 entretiens infirmiers ont été effectués par vidéo-transmission. La moyenne d'âge des IDEL était de 44 ans et celle des MG de 59 ans. Parmi les IDEL, il y avait 7 hommes et 7 femmes ; parmi les MG 2 hommes et 3 femmes.

L'entretien le plus court a duré 7 minutes et le plus long 54 minutes. Leur durée moyenne globale était de 14 minutes : 12 minutes pour les IDEL et 21 minutes pour les MG. La durée moyenne des entretiens effectués par vidéo-transmission était de 14 minutes. Le temps médian des entretiens avec les IDEL était de 10 minutes, contre 13 minutes pour les entretiens avec les MG.

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens IDEL.

Age	Sexe	Temps
38	M	20 : 00
27	F	11 : 34
43	M	10 : 00
40	F	11 : 12
34	F	9 : 08
37	F	10 : 19
54	M	16 : 02
58	F	28 : 36
31	H	8 : 08
51	M	8 : 10
60	F	9 : 56
46	M	8 : 56
62	M	8 : 13
36	F	7 : 05

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens MG

Age	Sexe	Temps
56	F	15 : 15
64	F	11 : 42
65	F	8 : 50
62	M	54 : 12
48	M	13 : 07

b. Analyse des verbatim

i. État des lieux des pratiques actuelles sur la presqu'île de Quiberon

Actuellement, les professionnels de santé de la presqu'île de Quiberon communiquent surtout par téléphone pour organiser la prise en charge des patients à domicile, comme le rapporte un IDEL : « *moi ça m'est déjà arrivé de donner tous les éléments au Dr [...] et puis qu'il me dise bon on va faire ça, ça, ça, donc voilà on fait les prescriptions* ».

Les IDEL rapportent également l'usage de « *photos* » envoyées par SMS ou Whats'app afin d'aider le MG dans ses prises en charge diagnostique et thérapeutique.

Les IDEL s'accordent pour dire qu'il est de plus en plus difficile de joindre les MG, du fait de leur importante charge de travail : « *Ça devient de plus en plus compliqué* ». Cependant, les MG assurant toujours les visites à domicile, il est difficile pour les infirmiers de reconnaître Quiberon comme étant un désert médical : « *Bon on n'est pas une zone reculée, on est une zone sous-dotée, mais on l'est pas trop non* ». Les MG quant à eux estiment à l'unanimité exercer dans une zone de « *désert médical* » avec des contraintes de déplacement notamment lors de la saison touristique : « *nous en pleine saison quand il faut aller à Portivy, c'est pas marrant* ».

Les IDEL reconnaissent des difficultés dans la coordination des soins avec les MG : « *Pour le suivi c'est vrai que l'on travaille pas beaucoup malheureusement [ensemble]* ». Ce manque de coordination est dû, d'après les IDEL, aux contraintes organisationnelles et au manque de temps dédié à la communication entre IDEL et MG « *on est jamais tous les 2 au domicile du patient ou alors que très rarement, [...] quand est arrivé le moment où il faut vraiment faire le point* ».

ii. Connaissances des professionnels de santé sur la télémédecine

La plupart des IDEL admettent avoir peu de connaissances au sujet de la télémédecine en général, avec une confusion importante entre télémédecine et téléconsultation : « *... j'ai aucune notion* » ; « *La télémédecine [...] pour moi ça serait la téléconsultation* ». Cependant, avec la crise sanitaire liée au COVID 19, les IDEL « *découvrent* » plus amplement cette pratique, et en ont déjà entendu parler à travers les différentes expérimentations sur le territoire : « *avec les pédopsychiatres d'Auray il faisaient de la téléconsultation à Belle-Ile* ». Certains d'entre eux ont même déjà eu recours à des services de télé-expertise avec un infirmier spécialisé dans la prise en charge des plaies via la plateforme IDEC santé : « *On envoyait les photos des plaies, et eux nous donnaient une conduite à tenir [...] et ils se faisaient rémunérer* ».

Les MG étaient plus au fait de la pratique de la téléconsultation, évoquant s' « y être mis » pendant le confinement par « obligation ». Un des MG interrogés définit la téléconsultation comme une « rencontre entre l'infirmier et le médecin, en plus du patient ». Cependant, ils rapportaient volontiers manquer de connaissances techniques sur la téléconsultation assistée : « Je connais [...] très très peu ». Les MG s'interrogeaient sur le mode de rémunération des téléconsultations assistées par un IDEL : « La rémunération, est-ce que c'est l'infirmier qui est rémunéré, est-ce que c'est le médecin, normalement c'est les deux. Donc il faudrait faire encore des cotations ».

iii. Avis sur l'intérêt d'une formation

Pour certains IDEL, une formation médicale élémentaire semble nécessaire : « après sur le plan des connaissances médicales une formation [serait intéressante], parce que là on va probablement être amenés à avoir une vision un petit peu plus poussée des dossiers médicaux ». Certains évoquent une formation au « cadre juridique » qu'ils décrivent comme : « obligatoire pour nous couvrir ». L'un d'entre eux n'envisage pas de pratiquer la téléconsultation assistée en l'absence de formation préalable : « moi je ne le ferais pas si je n'ai pas un minimum de formation. Je ne me ferais pas lâcher dans la nature comme ça sans rien ». Ils se questionnent sur la possibilité d'établir des « protocoles [...] pour pouvoir être vraiment efficient ».

De leur côté, les MG estiment pour leur part ne pas avoir besoin de formation mais simplement d' « accorder les violons sur ce que l'on veut, ce qu'on veut pas » avec les IDEL, lors d'un temps d'échange précédant la téléconsultation assistée. Cette idée est reprise par certains IDEL, qui évoquent l'intérêt d'une formation dispensée par le MG avec qui ils effectuent la téléconsultation pour « voir l'attente de chaque médecin exactement, voir ce qu'il attend de nous et ce qu'on peut lui apporter ».

L'ensemble des participants estime comme nécessaire une formation d'ordre « technique » aux logiciels et aux possibilités offertes par les outils connectés.

iv. Points de vue sur les outils techniques nécessaires

Les IDEL évoquent l'usage d'outils dédiés à la téléconsultation assistée : « un Ipad qui est dédié à ça par exemple. Une mallette, une trousse, 'fin une mallette qui serait prévue pour ». Ils mettent en avant l'intérêt d'outils de télécommunication « sécurisés ».

Un MG évoque l'intérêt de certains outils connectés comme le « stéthoscope connecté », pour lui permettre de déporter une partie de son examen clinique et donc d'être plus complet lors de ce type de consultation. Mais les MG comme les IDEL estiment globalement peu intéressant d'utiliser du matériel médical connecté lors des téléconsultations assistées, notamment pour la mesure des constantes vitales, celui-ci n'apportant selon eux pas de plus-value : « on n'a pas besoin d'avoir un tensiomètre

connecté ; un saturomètre mais pareil est-ce qu'il a besoin d'être connecté ? Non ! ». « Euh non bah nous on a déjà nos outils ».

v. Champs d'application de la téléconsultation assistée

v.1. Modalités générales d'application

Les IDEL appuient le fait que le MG doit pouvoir se déplacer dans les suites de la téléconsultation si cette dernière est jugée insuffisante : « *si chaque partie est capable de dire bon bah c'est pas suffisant, voilà il y a besoin d'une consultation, voilà y'a pas de crainte* ».

Dans cette idée de préserver la relation de confiance médecin/malade, les IDEL et les MG estiment possible d'effectuer ce type de consultation uniquement dans le respect du parcours de soin : « *si on est en téléconsultation c'est qu'on connaît déjà son médecin et qu'on a déjà eu un contact avec lui* ».

Les deux parties s'accordent aussi pour que cet outil soit utilisé en « *complément* » et qu'il n'a pas pour vocation de remplacer les visites à domicile pour pouvoir entretenir la relation médecin/malade : « *Parce que c'est bien d'avoir un visu et le lien avec le patient* ».

v.2. Situations cliniques applicables à la téléconsultation assistée

La situation la plus applicable à la téléconsultation assistée selon les IDEL est le suivi « *des plaies* ». Ils rapportent le fait que les plaies, même en consultation physique, ne sont pas toujours bien vues par les MG : « *souvent quand on fait les pansements, les médecins n'ont pas forcément le temps de déballer le pansement* ». Si selon un des MG il s'agit « *du type idéal de chose que l'on peut faire à distance* », un autre évoque tout de même l'importance d'une bonne qualité d'image pour correctement prendre en charge ce type de pathologie : « *on n'a pas une image qui soit suffisamment nette* ».

Un autre des grands champs d'application évoqué par l'ensemble des participants est le renouvellement d'ordonnances. D'après un MG, pour « *renouveler une ordonnance simple chez quelqu'un qui va bien, [...] On a juste besoin de vérifier qu'il ou elle va bien* ». Il évoque l'intérêt de la prise de constantes pouvant être effectuée par l'IDEL, qui peut également rapporter des événements cliniques pouvant ou non conduire à un changement de thérapeutique : « *si on renouvelle un traitement anti hypertenseur c'est lui prendre la tension, prendre une saturation et puis voilà* » ; « *A partir du moment où les patients sont aussi suivis par des infirmiers, et que nous et les infirmiers considérons qu'il n'y a aucun problème* ».

Une autre application possible énoncée par les IDEL est l'adaptation de traitements, notamment antalgiques : « *le changement de thérapeutique au niveau antalgique par exemple* », même si pour l'un d'entre eux : « *On peut faire juste par téléphone on n'a pas besoin de la téléconsultation* ».

Les IDEL évoquent également la possibilité pour les patients à mobilité réduite d'accéder plus facilement aux différents spécialistes : « *Pour les gens qui sont intransportables, pour une consultation comme un dermato ça peut-être pas mal* ». Cela pourrait ainsi permettre à ces patients de limiter les déplacements, qui sont souvent difficiles à organiser et potentiellement générateurs d'inconfort physique et psychologique : « *éviter les transports qui sont angoissants pour les patients* ».

Le principal point de divergence entre les MG et les IDEL se situe sur la prise en charge des situations urgentes. Pour les IDEL, « *il vaut mieux que le médecin se déplace au plus vite* », alors que pour les MG, un bon nombre de ces situations sont des « *semi-urgences* » et la téléconsultation assistée permettrait justement d'effectuer une première évaluation permettant de juger de l'intérêt d'une visite à domicile : « *on peut dire je te confirme qu'elle est pas bien, et ne pas avoir à y aller ou si on y va c'est vraiment que l'on évalue qu'elle est vraiment pas bien. Donc pour une évaluation, un peu en urgence pourquoi pas* ».

vi. Limites d'application

Une des limites évoquées par les IDEL est un potentiel défaut de technicité et de connaissances médicales : « *il y a des cas où il vaut mieux que ce soit le médecin qui voie, on n'a pas la compétence* ». Pour les IDEL, les limites d'usage de la téléconsultation assistée restent dans l'ensemble encore « *floues* » de par leur « *manque de pratique* » de cet acte.

MG et IDEL rapportent toutefois qu'une des principales limites pour l'usage de la téléconsultation assistée semble être le patient lui-même. Ils évoquent de possibles refus de la part de certains patients, ces derniers ayant d'après eux une préférence pour un contact physique direct : « *ça reste quand même très rural ici, ce qui fait que les gens aiment le contact avec leur médecin* ». Les patients les plus âgés pourraient être les plus réticents : « *Est-ce que les patients de plus de 80 ans comprennent la démarche ?* ». Cette patientèle âgée est en effet souvent peu habituée aux nouvelles technologies : « *je pense que ça peut-être un peu plus compliqué de les former sur le numérique pour certains, déjà le téléphone, parfois, ils ont du mal.* »

vii. Bénéfices potentiels de la téléconsultation assistée

vii.1. Au profit des médecins

L'avantage premier cité par l'ensemble des participants est un gain de temps pour les MG, en permettant de « *diminuer [le] nombre de visites* ». Un IDEL souligne d'ailleurs que cet avantage est d'autant plus important que la distance séparant le médecin du patient est importante : « *moi j'ai des copains qui travaillent en Mayenne ou dans la Sarthe où pour les médecins y'a 30 bornes, où c'est compliqué, eux je suis sûr qu'ils seraient ravis* ». Ils perçoivent la téléconsultation assistée comme une « *aide dans un temps de pénurie médicale* ».

Un autre des avantages potentiels, selon un des IDEL, est la possibilité d'évaluer la pertinence d'un déplacement : « *si le déplacement est réellement utile* », permettant également un potentiel gain de temps dans le cas où la visite à domicile ne serait finalement pas jugée nécessaire.

Enfin, un point important souligné par les IDEL est la rémunération d'actes pour le MG, actes étant jusqu'alors parfois effectués par téléphone : « *Quid de la rémunération pour le renouvellement d'ordonnance [fait par le médecin après contact téléphonique]. Si y'avait une téléconsultation [...] ça serait à ce moment-là* ».

vii.2. Au profit des IDEL

Plusieurs IDEL évoquent pour eux la possibilité d'accès aux informations médicales, leur permettant d'être encore plus acteurs du suivi du patient : « *ça nous permet aussi de rentrer un peu dans le suivi, avec le patient, dans le suivi médical.* » Ce type de téléconsultation pourrait également, selon l'un d'entre eux, permettre de participer plus activement à la prise en charge diagnostique et thérapeutique : « *j'ai demandé un avis et en fait c'était pour que le médecin aille dans un registre (prescrire) d'examens complémentaires* ».

Un autre évoque la possibilité d'une plus grande confiance du patient envers l'IDEL du fait de la présence du patient lors des échanges MG / IDEL : « *le patient il est partie prenante puisqu'il est acteur du truc quoi. Parce que quand on se contacte après la visite à domicile le patient fait un petit peu confiance selon la personnalité du soignant et ça peut varier quoi* ».

Enfin, MG et IDEL s'accordent sur l'intérêt de la rémunération des IDEL pour leur travail de collaboration lors de ces téléconsultations : « *dans le sens de l'intérêt du métier qui évolue avec une coopération plus grande et valorisée financièrement* ».

vii.3. Au profit des patients

L'ensemble des participants évoque la possibilité d'« *une rapidité de prise en charge* » plus importante et d'une meilleure « *réactivité* » des soins. MG et IDEL évoquent également la possibilité d'une prise en charge « *plus globale* » par « *croisement des regards du médecin et de l'infirmier avec le patient* » permettant une mutualisation des connaissances et visions de chacun « *[Qu'] il y ait pas que l'avis du docteur mais aussi de l'infirmier qui le voit au quotidien alors que nous des fois on est amené à les voir une fois tous les 3 mois ou une fois tous les mois* ».

Les MG y voient une plus-value en comparaison à un contact téléphonique simple, leur permettant de dispenser de meilleurs soins : « *C'est plus facile par téléconsult' que par téléphone* », en évoquant une nouvelle fois les nombreuses sollicitations téléphoniques des IDEL pour la prise en charge des patients. De plus, l'un d'entre eux évoque une meilleure prise en charge permise par la possibilité de

consulter plus aisément le dossier médical : « *on arrivera mieux à faire parce qu'étant derrière notre ordinateur* ». Enfin, un autre ne pense pas qu'il y ait de perte de chance pour le patient car « *si j'ai un doute [...] je me déplace !* ». Les IDEL pensent également que cet outil permettra un suivi « *plus régulier* » avec une majoration des fréquences de consultations médicales.

vii.4. Au profit de la coordination des soins

Les participants évoquent une « *meilleure coordination des soins* ». Les IDEL pouvant plus aisément « *faire remonter les problèmes qu'il peut y avoir à domicile* » lors de cette téléconsultation et de « *renforcer* » la relation MG / IDEL.

Un des MG estime que ce type de téléconsultation permet de « *matérialiser* » la coordination : « *objectiver quelque chose que l'on fait déjà naturellement en coordination avec les infirmiers* ».

De plus, l'IDEL peut plus facilement renforcer le discours du médecin en réexpliquant les informations délivrées par le médecin au patient : « *du coup les informations peuvent être retranscrites différemment au chevet du patient pour le coup* »

viii. Désavantages potentiels de la téléconsultation assistée

Certains IDEL s'interrogent sur l'intérêt même de ce type d'acte en comparaison à une visite à domicile, qu'ils ne jugent pas si contraignante : « *les médecins ont toujours été d'accord pour se déplacer à domicile* ».

viii.1. Une nouvelle relation à construire

Une des spécificités de ce type d'acte est la création d'une nouvelle relation, tripartite, comprenant l'infirmier, le patient et le médecin de manière distanciée. Les IDEL s'inquiètent de venir « *parasiter* » la relation médecin/patient en privant le patient de l'intimité de cette relation : « *[des sujets] qu'il ne voudrait pas aborder avec un paramédical à côté de lui* ». Ils craignent que cette nouvelle relation entraîne « *pour certains une perte de confiance* ».

Un infirmier évoque en parallèle une possible atteinte à l'intimité de la relation médecin/infirmier, la transmission d'informations de l'IDEL au MG pouvant être plus difficile et délicate du fait de la présence du patient : « *le problème c'est d'avoir le patient avec nous pour pouvoir parler au médecin* ».

viii.2. Diminution de la qualité de prise en charge

Un MG s'inquiète d'une potentielle perte de temps engendrée par ce type d'acte pour la prise en charge des soins urgents : « *d'un autre côté ça peut nous ralentir dans notre prise en charge* ».

Un autre MG estime que la qualité de la téléconsultation sera dépendante des compétences de l'IDEL : « *ça va dépendre aussi de l'infirmier que l'on a en face de nous.* »

MG et IDEL s'inquiètent d'une éventuelle diminution de la qualité de la consultation, du fait de l'absence d'examen clinique : « *On a toujours peur de passer à côté de quelque chose.* »

viii.3. Difficultés organisationnelles et contraintes techniques

Les IDEL s'interrogent sur une éventuelle augmentation de leur charge de travail : « *parce que quand même les tournées sont déjà bien chargées.* »

Les MG se questionnent sur le coût de l'infrastructure à mettre en place pour effectuer des téléconsultations assistées : « *c'est important au niveau financier.* »

Un IDEL évoque également les défauts de couverture du réseau GSM pour pouvoir effectuer correctement les téléconsultations assistées : « *puis ça dépend de la connexion internet* » ; « *parfois, il n'y a pas de réseau dans certains petits villages.* »

ix. Perception globale de la téléconsultation assistée

La perception de la téléconsultation par les IDEL est dans l'ensemble bonne, évoquant une pratique « *intéressante* » et pouvant se révéler « *utile* ». L'un d'entre eux évoque cependant la crainte d'une surconsommation des soins induite par cette pratique : « *ne faire que ça pour des choses qui ne sont pas nécessaires.* »

Les deux MG les plus jeunes parmi ceux interrogés se disent favorables à cette pratique : « *y'a tellement de situations dans lesquelles ça peut être bien, je vois pas de situations dans lesquelles ça peut ne pas être bien.* » Cependant, pour les plus âgés d'entre eux, cette pratique semble moins convaincre : « *ce n'était pas du tout [...] dans ma philosophie médicale, c'est normal, pour ma génération* » avec la crainte d'un remplacement des visites à domicile par des téléconsultations : « *que chaque médecin puisse confondre téléconsultation et consultation.* » Ils pondèrent leurs positions par un « *manque de connaissances* » de cette pratique nouvelle.

4. Discussion

a. Limites et forces de l'étude

Cette étude a été effectuée sur un petit territoire, ce qui a pu induire une uniformité des entretiens ayant pu entraîner un biais de sélection. De plus, de par le caractère très limité géographiquement du territoire, ainsi que du fait de la désertification médicale, le nombre de médecins recrutés pour les entretiens est relativement faible. 3 entretiens ont été effectués par vidéotransmission. Les temps

d'entretien de ceux-ci sont comparables à ceux des entretiens réalisés de visu, mais on peut s'interroger sur une possible motivation plus importante de ces participants à prendre part à l'étude. En effet, les participants dont l'entretien a été réalisé par vidéo-transmission ont répondu plus rapidement que les autres à nos sollicitations. Aucun des participants de cette étude n'avait jusqu'alors effectué de téléconsultation assistée ; cependant, les MG avaient déjà tous pratiqué la téléconsultation. Certains IDEL avaient quant à eux une expérience plus personnelle de cette pratique, ayant déjà consulté leur propre médecin traitant par ce biais. Ces disparités d'expérience ont induit une connaissance inégale de la téléconsultation assistée par les différents participants et cela a pu influencer la perception de chacun vis-à-vis de la téléconsultation assistée. Certaines réponses de participants semblent en effet en décalage avec les possibilités offertes par cet outil.

La principale force de cette étude est la proportion importante de la population cible ayant participé (IDEL et MG de la presqu'île), ce qui offre une bonne représentativité de la perception de cette pratique sur ce territoire par les professionnels de santé y exerçant.

De plus, il s'agit de la première étude explorant les perceptions de MG et IDEL au sujet de la téléconsultation assistée. C'est un sujet d'actualité du fait de l'essor de la télémédecine ces dernières années et de la création récente de cotations pour les IDEL. En effet, ces derniers peuvent valoriser un acte de téléconsultation assistée depuis quelques mois seulement [4], contrairement aux MG qui peuvent valoriser un acte de téléconsultation depuis un peu plus de 2 ans. [5]

b. Rappel des principaux résultats

Actuellement, l'essentiel des communications entre MG et IDEL s'effectue par téléphone ou échange de photographies, de manière ponctuelle, sans cadre défini. L'absence de temps dédié semble être selon les participants le principal frein à la coordination des soins.

Si les MG s'accordent sur le fait que la presqu'île de Quiberon est un désert médical, les IDEL semblent avoir du mal à reconnaître cette réalité et minimisent les difficultés d'accès au MG.

Les connaissances des MG au sujet de la téléconsultation sont importantes, l'ayant intégrée dans leur pratique depuis la crise du COVID. Les IDEL semblent moins au fait de ces usages et en ont une connaissance parcellaire, soit par propos rapportés, soit parce qu'ils en ont fait usage en tant que patients eux-mêmes.

Les participants de cette étude souhaitent qu'un temps d'échange préalable à la téléconsultation soit organisé, pour définir avec le médecin les attentes de chacun. La plupart des IDEL souhaite également bénéficier d'une formation médicale pour réaliser au mieux la téléconsultation assistée.

Les participants n'estiment dans l'ensemble pas nécessaire l'usage d'outils médicaux connectés, à l'exception d'un éventuel stéthoscope. Les IDEL évoquent la possibilité de l'usage d'une tablette pour la retransmission vidéo au chevet du patient.

Concernant les champs d'application, les professionnels de santé pensent que cet outil peut être employé dans le suivi des traitements du patient, pour les renouvellements et l'adaptation des posologies. Leurs points de vue divergent quant à son usage pour les situations urgentes : les IDEL pensant qu'un déplacement du médecin est d'emblée nécessaire tandis que les MG estiment que son emploi peut permettre d'effectuer une première évaluation du degré de gravité. Tous s'accordent sur le fait que les patients doivent continuer à bénéficier de visites à domicile lorsque la situation l'exige, la téléconsultation étant un complément et ne devant pas s'y substituer totalement. Les IDEL soulignent également le fait que son usage doit être effectué dans le respect du parcours de soins.

Les bénéfices espérés sont nombreux. Cet outil pourrait permettre aux MG de s'affranchir des contraintes liées aux visites à domicile, entraînant un gain de temps et une meilleure gestion du dossier médical. Selon les participants, il permettrait aussi une plus grande coordination entre MG et IDEL, en permettant aux IDEL d'accéder aux informations médicales et ainsi d'être plus acteurs dans la prise en charge du patient. La mise en place de la téléconsultation assistée permettrait, via les différentes cotations existantes, de rémunérer cette coordination. D'après les participants, cet outil devrait permettre une prise en charge plus globale du patient et de lui offrir une meilleure réactivité dans les soins.

Les désavantages potentiels de la téléconsultation assistée résident principalement dans l'appréhension de la nouvelle relation tripartite à instaurer, avec une perte ponctuelle des relations bipartites présentes jusqu'alors. Les freins principaux à sa mise en place, sont le refus du patient, les difficultés organisationnelles et la mauvaise qualité du réseau GSM.

Cette pratique est cependant perçue, a priori, comme globalement positive par l'ensemble des participants.

c. Freins à sa mise en place et à son usage

Il existe une divergence de points de vue importante entre MG et IDEL au sujet de la présence médicale sur la presqu'île de Quiberon. Si les MG reconnaissent aisément ce territoire comme un désert médical, les IDEL, eux, semblent avoir plus de difficultés avec cette idée. L'accès privilégié que leur offre les MG semble être la principale limite à cette reconnaissance. Le potentiel gain de temps médical, argument principal mis en avant par les MG, est mis à mal dans le discours des IDEL pour lesquels la téléconsultation assistée permettrait d'augmenter la fréquence des consultations de suivi. Pour les

infirmiers, l'argument du gain de temps médical n'étant pas prépondérant, on peut par ailleurs s'interroger sur leur motivation vis-à-vis de la mise en place de la téléconsultation.

Un des principaux avantages évoqués par les professionnels de santé est une meilleure réactivité dans les soins, en facilitant l'accès du patient au médecin. En parallèle, tous imaginent ce type d'acte de manière programmée, sur rendez-vous, pour pouvoir organiser les emplois du temps des différents intervenants. Cette discordance entre contraintes organisationnelles et besoin de réactivité dans les soins pourrait entraîner une certaine désillusion, limitant à terme l'emploi de la téléconsultation assistée.

Enfin, un des freins à sa mise en œuvre est le patient lui-même. Un possible refus de la part du patient est redouté par les participants. Par ailleurs, la téléconsultation assistée leur semble peu, voire pas adaptée dans certaines situations, notamment chez des patients âgés, peu à l'aise avec les nouvelles technologies. Cela rejoint les recommandations du guide des bonnes pratiques de la télémédecine, élaboré par la HAS, selon lesquelles il est indispensable de s'assurer de l'accord du patient et de ses capacités physiques et psychiques à communiquer à distance avant d'envisager la réalisation d'une téléconsultation. [25]

d. Un outil envisagé de manière adaptée

IDEL et MG mettent en avant la nécessité de respecter le parcours de soins, ainsi que la possibilité de mettre fin à la téléconsultation pour organiser une rencontre physique si un examen clinique poussé semble nécessaire. Ceci est à nouveau en adéquation avec les recommandations de la HAS. [25]

Les IDEL semblent en demande de formation avant la mise en place de cette pratique. Si l'intérêt et les compétences à acquérir et le cadre de cette formation restent à définir, cette demande est également en accord avec l'article R6316-9 du code de santé publique. [26] C'est au professionnel de santé libéral qui organise cette téléconsultation de s'assurer que les professionnels participants ont les compétences et formations pour assurer convenablement cet acte. Une formation réalisée en amont par le médecin mettant en place cette téléconsultation semble tout à fait adaptée.

Dans son guide de bonne pratique [25], la HAS n'exclut a priori aucun motif médical de recours à une téléconsultation, ce qui n'est pas le cas pour les professionnels de santé dans cette étude. Ces exclusions peuvent s'expliquer par leur volonté de ne pas risquer d'effectuer des téléconsultations inutiles, potentiellement susceptibles de nécessiter dans les suites une visite à domicile.

Un des grands motifs évoqués de possible recours à la téléconsultation assistée est le suivi de pathologies chroniques stabilisées. Ce motif représente 65% des visites à domicile d'après une étude DREES de février 2014 [27]. La possibilité d'assurer le suivi de ces pathologies chroniques en

téléconsultation assistée par IDEL pourrait donc, de façon logique, permettre de diminuer de manière significative les visites à domicile.

e. Un atout pour la coordination des soins

Un des avantages potentiels de la téléconsultation assistée par IDEL mis en avant par les professionnels de santé de la presqu'île est une plus grande coordination des soins. Assurer la continuité des soins fait partie intégrante du rôle du médecin généraliste, comme défini par le WONCA [28] mais aussi le code de déontologie : « quelles que soient les circonstances, tout médecin doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée » [29]. Un manque de coordination entre les différents intervenants de première ligne entraîne une rupture dans la continuité des soins avec comme conséquences, entre autres, des hospitalisations qui auraient pu être évitées. [30] Deux thèses de médecine générale [31] [32] ont montré que l'essentiel de la communication entre MG et paramédicaux (IDEL et masseurs-kinésithérapeutes) s'effectue par le biais d'ordonnances. Un grand nombre d'IDEL critiquent ce mode de communication dans ces études du fait du manque d'informations transmises.

Actuellement, il n'existe pas de temps dédié permettant une communication entre les patients, les MG et les IDEL. La téléconsultation assistée pourrait être l'occasion d'effectuer ce travail de coordination, tout en rémunérant les professionnels de santé y participant, ce qui n'était pas le cas jusqu'alors. Une thèse effectuée auprès des personnes âgées du 13ème arrondissement de Paris semblait montrer que les patients avaient du mal à percevoir l'intérêt du médecin traitant dans la coordination des soins. La présence du patient lors de cet acte pourrait permettre aux patients de ne pas se sentir dépossédé de leur prise en charge et d'en être davantage acteurs. [33]

5. Conclusion

La télémédecine se présente comme un nouvel ensemble d'outils mis à disposition des professionnels de santé et des patients pour offrir de nouvelles possibilités dans l'accomplissement des soins. Elle n'a pas pour vocation de remplacer les consultations « classiques », mais constitue un complément à celles-ci. Si de prime abord certains patients semblent exclus de ce type de pratiques, du fait notamment de difficultés avec l'utilisation des nouvelles technologies, la téléconsultation assistée par IDEL pourrait permettre de s'affranchir de cette contrainte.

Les professionnels de santé ayant participé à notre étude envisagent la téléconsultation assistée comme un outil permettant avant tout une amélioration de la coordination des soins, en offrant un contact direct entre l'IDEL, accompagné du patient, et le MG. Elle est également envisagée comme un possible gain de temps médical, argument d'autant plus intéressant en zones sous-dotées. Un des éléments d'interrogation soulevés par cette étude est la perception des patients âgés et suivis habituellement en visite à domicile vis-à-vis de ces nouvelles pratiques. Les professionnels de santé de

la presqu'île de Quiberon craignent de leur part des réticences, voire un refus de participer à des téléconsultations assistées. Qu'en est-il réellement ?

Les cadres d'usage de la pratique de la téléconsultation assistée et de la télémédecine étant très libres, leur utilisation est encore mal définie pour les différents professionnels de santé. En définir des objectifs plus précis semble fondamental. Une nouvelle étude réalisée auprès des professionnels de santé et des patients après quelques mois de pratique de la téléconsultation assistée pourrait aider à mieux définir ses champs d'application et ses limites et permettre ainsi de développer d'avantage son usage à l'avenir.

6. Bibliographie

- [1] Ministère des Solidarités et de la Santé. Accès territorial aux soins : un plan pour garantir à tous un égal accès aux soins. 13 Octobre 2017 [En ligne]. [<https://www.gouvernement.fr/argumentaire/acces-territorial-aux-soins-un-plan-pour-garantir-a-tous-un-egal-acces-aux-soins>](Consulté le 11 octobre 2020)
- [2] Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
- [3] Code de la santé publique - Article R6316-1. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
- [4] 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. Article 17. Code de la Santé Publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
- [5] Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
- [6] Nadolny J. ; Rahuel C La télémédecine : approche et proposition des médecin généraliste libéraux français [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine].
- [7] Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique Vandoeuve-Lès-Nancy Fr. 2016;28(4):487-97.
- [8] Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Bordeaux U.F.R. des sciences médicales; 2017.
- [9] Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Lorraine; 2015.
- [10] Carré E. Télémédecine : représentations et expériences des médecins généralistes. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université Montpellier I; 2013.
- [11] Ortolan B, Mouries R. La visite à domicile chez les médecins franciliens. Ile de France: Union Régionale des Médecins Libéraux; 2005.

- [12] Gautier E, Dréno P. La visite à domicile en médecine générale : opinions de six médecins généralistes de la région nantaise par la méthode du focus group [Internet]. [Nantes] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2012. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/164775765>
- [13] Mallet V, Pierre B. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes en visite à domicile : enquête par entretiens auprès de médecins généralistes du département du Puy-de-Dôme [Internet]. [Clermon-Ferrand] : Université de Clermont I; 2010. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/150610858>
- [14] Tekaya E. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.
- [15] Dufour AL La visite à domicile: encore d'actualité ? Etude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine].Université de Lyon
- [16] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
- [17] Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population 2013-2070 pour la France. Novembre 2016 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>
- [18] Sondage Ifop pour la fondation ADREA. Les attentes et les besoins des français vis-à-vis de la fin de vie. Novembre 2016.
- [19] L'ARS Bretagne arrêté un nouveau zonage [Interne] [cité le 15 octobre 2020] : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/lars-bretagne-arrete-le-nouveau-zonage-medecin>
- [20] Donnée SDNS Aout 2020. [Interne] [cité le 15 octobre 2020]. Disponible sur : <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoMed.html?reg=01>
- [21]. Mise en œuvre du nouveau zonage infirmiers à compter du 11 août 2020. [Interne] [cité le 15 octobre 2020] Disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/mise-en-oeuvre-du-nouveau-zonage-infirmiers-compter-du-11-aout-2020>
- [22] Source FNPS. [Interne][cité le 20 octobre] Disponible sur : <http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=infi&report=r01&selgeo1=tv.56186&selgeo2=reg.53>
- [23] Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet commune de Quiberon [Internet] [Cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-56186#chiffre-cle-1>

[24] Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet commune de Saint Pierre Quiberon [Internet][cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-56234> (Consulté le 4 Novembre 2018).

[25] HAS. Haute autorité de santé. Téléconsultation et téléexpertise. Guide de bonne pratique. [Internet][cité le 27 octobre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

[26] Article R6316-9 du code de santé publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>.

[27] F. Von Lennep. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Dress étude et résultat N°869. Fev 2014. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>

[28] Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecin générale et médecin de famille selon la Wonca Europe. 2002.

[29] Article 47 - Continuité des soins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 24 octobre 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continue-soins>

[30] P.Schaller, J-M Gaspoz. Continuité, coordination, intégration des soins: entre théorie et pratique. Rev Med Suisse. 24 sept 2008.

[31] Le Métayer C. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de gennevilliers/villeneuve-la-garenne : Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Faculté de médecine Paris 7; 2016.

[32] Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Faculté de médecine de Bobigny ; 2012.

[33] C. Guillaume. Les attentes des personnes âgées du 13ème arrondissement de Paris en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche quantitative [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Paris Descartes; 2018.

7. Annexe

Guide d'entretien

Présentation :

Bonjour je suis interne en médecine, j'effectue ma thèse Recueil des ressentis et attentes des IDE et des médecins généralistes potentiels utilisateurs de la télémédecine dans le cadre de soins non programmés pour les patients en perte d'autonomie, sur la presqu'île de Quiberon.

Guide d'entretien :

Thème	Question
Question Brise-Glace	Quel est votre parcours professionnel ? → Comment exercez-vous aujourd'hui
Connaissances de la télémédecine	Que connaissez-vous de la télémédecine? → La téléconsultation assistée en particulier ? → Comment percevez-vous l'arrivée de cette pratique médicale ?
Champs d'application de la téléconsultation assistée ?	Dans quelles situations pourraient-elle intervenir selon vous ? → Pensez-vous qu'une situation déjà vécue aurait pu être gérée avec la téléconsultation assistée ? Dans quelles situations son emploi serait inadapté selon vous ?
Contraintes techniques	Quel type de formation serait nécessaire pour vous ? Quels outils techniques sont pour vous nécessaires à son utilisation ? Comment cela doit être organisé selon vous ?
Avantages	Que pourrait vous apporter la téléconsultation dans votre activité ? → Pour le patient → Pour vous → Voyez-vous d'autres bénéfices ?
Inconvénients	Qu'est-ce qui vous empêcherait de l'utiliser ? Quelles sont vos craintes ? → Pour vous → Pour le patient
Dernière Relance	Avez-vous des choses à rajouter ?

