



HAL
open science

Étude qualitative sur la perception de l'accès aux soins secondaires à l'Ile de Sein et le ressenti des patients sur le développement de la télé expertise en cabinet de médecine générale

Alberto Allasia

► To cite this version:

Alberto Allasia. Étude qualitative sur la perception de l'accès aux soins secondaires à l'Ile de Sein et le ressenti des patients sur le développement de la télé expertise en cabinet de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03642492

HAL Id: dumas-03642492

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03642492v1>

Submitted on 15 Apr 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2022

Thèse présentée par :

Monsieur Alberto Allasia

Né le 22/10/1990 à Savigliano

Thèse soutenue publiquement le 14/04/2022

Titre de la thèse :

Étude qualitative sur la perception de l'accès aux soins secondaires à l'île de Sein et le ressenti des patients sur le développement de la téléexpertise au cabinet de médecine générale.

Président

Mr le Professeur Bernard Le Floch

Membres du jury

Mr le Professeur Benoît Chiron (Directeur de thèse)

Mme le Docteur Loetitia Masthias

Mr le Docteur Lucas Beurton

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST

Décembre 2021

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)

LE MENN Gabriel (†)

SENECAIL Bernard

BOLES Jean-Michel

BIZAIS Yves (†)

DE BRAEKELEER Marc (†)

BERTHOU Christian

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel

Réanimation

BOTBOL Michel

Pédopsychiatrie

CENAC Arnaud

Médecine interne

COLLET Michel

Gynécologie obstétrique

FEREC Claude

Génétique

JOUQUAN Jean

Médecine interne

LEFEVRE Christian

Anatomie

LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en surnombre

GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
---------------------	----------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale

REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
--------------------------------	-----------

JAMIN Christophe

Immunologie

MOREL Frédéric

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BERROUGUET Sofian

Psychiatrie d'adultes

BRENAUT Emilie

Dermato-vénéréologie

GUILLOU Morgane

Addictologie

HILLION Sophie

Immunologie

LE GAL Solène

Parasitologie et mycologie

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MIALON Philippe

Physiologie

PERRIN Aurore

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et biologie moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et médecine nucléaire

ROBIN Philippe

Biophysique et médecine nucléaire

ROUE Jean-Michel

Pédiatrie

SALIOU Philippe

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

VALLET Sophie

Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

POUGNET Richard

Médecine et Santé au travail

ROPARS Juliette

Pédiatrie

TROMEUR Cécile

Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie

NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence

Bactériologie virologie

BAGACEAN Cristina

Hématologie

THUILLIER Philippe

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

LE MOIGNE Emmanuelle

Médecine interne

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

QUERELLOU Emgan

Médecine d'urgence

SUPLY Benoît

Médecine légale

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie

Nutrition

LAVENNE-COLLOT Nathalie

Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain Français

RIOU Morgan Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne Médecine Générale / Urgence

SCELLOS Olivia Médecine Générale

Table des matières

I. INTRODUCTION	12
II. MÉTHODE	13
2.1 Population	13
2.2 Recueil des données	14
2.3 Analyse des données	14
III. RÉSULTATS.....	15
3.1 La perception de l'accès aux soins secondaires	15
3.1.1 Difficulté d'accès physique et financière aux soins secondaires : le transport, le logement et les imprévus du voyage	15
3.1.2 La difficulté d'accès aux soins en lien à d'autres facteurs de fragilité comme l'âge, la capacité de mobilité, la présence de la famille et les difficultés financières.....	17
3.1.3 Le sentiment de rassurance à l'égard de l'efficacité et de la rapidité des transports en cas d'urgence ainsi que du suivi de premier recours sur l'île.....	18
3.1.4 Les conséquences de la distance géographique : le retard dans la prise en charge et le renoncement aux soins secondaires	19
3.1.5 Stratégies mises en place pour faire face aux difficultés d'accès aux soins et propositions de soins secondaires sur l'île	20
3.2 Ressenti sur l'accès à la téléexpertise sur l'île de Sein	22
3.2.1 Les aspects positifs : une technologie innovante et adaptée.....	22
3.2.2 Les aspects négatifs : manque de contact humain et difficultés d'utilisation	24
3.2.3 Les circonstances d'utilisation de la téléexpertise et les avantages de la présence du médecin traitant	26
3.3 Autres besoins médico-sociaux	27
IV. DISCUSSION	29
4.1 Le vécu subjectif de la distance d'accès aux soins secondaires	29
4.2 Conséquences sur le report ou le renoncement aux soins	29
4.3 De la télémédecine comme alternative à la consultation chez le médecin traitant à la téléexpertise au cabinet du médecin traitant.....	30
4.4 Comparaison avec les données de la littérature	30
4.5 Forces et faiblesses de l'étude	31
4.6 Perspective : recommandations à la recherche et à l'organisation des soins	32
V. CONCLUSION	33
VI. BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-structuré	38
TABLEAU 1 : Caractéristiques des participants	39

I. INTRODUCTION

L'accès aux soins de la population constitue un enjeu incontournable des politiques de santé actuelles. Cette problématique est surtout mise en rapport avec l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire qui ne permet pas en certains endroits de répondre à la demande de soins (1).

Encadré par la loi depuis 2009 et remboursé par l'assurance maladie depuis 2018, la télémédecine a connu un déploiement important, elle permet en effet d'améliorer l'accès aux soins dans les territoires plus isolés (2).

L'accès aux soins a été défini comme l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé (3,4). Le concept d'accès aux soins est pluridimensionnel et recouvre la disponibilité de l'offre de soin, son accessibilité géographique et financière, l'organisation des services de santé et l'acceptabilité des soins (5).

L'approche géographique aux questions d'accès aux soins a montré que les inégalités territoriales étaient particulièrement importantes en France (6) et ont été décrites dans plusieurs études (7–11). Il existe également de profondes inégalités sociales de santé qui ont été largement décrites (12–16). Même si les unes et les autres se superposent en partie du fait de la distribution spatiale des classes sociales, les inégalités territoriales d'accès aux soins ne se réduisent pas aux inégalités sociales. En effet la distance physique et géographique aux soins dans les zones rurales isolées rajoute un facteur d'inégalité dans cette accessibilité (17).

L'accès primaire est constitué par le premier contact et l'accès secondaire caractérise la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après l'entrée dans le système de santé, depuis l'identification du besoin de soins jusqu'à la délivrance des soins nécessaires (18). Bien que les données sur l'inégalité d'accès aux soins primaires soient relativement disponibles, il n'en est pas de même sur les données de l'accès aux soins secondaires, qui font largement défaut en France et, plus généralement, dans la littérature internationale (18).

En France, comme dans de nombreux pays du monde, la télémédecine est présentée comme un moyen pour faciliter la prestation des soins de santé, surtout dans les communautés rurales et éloignées (2). La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite "loi HPST") a permis de définir et réglementer pour la première fois la télémédecine en France. La télémédecine est ainsi « une pratique médicale à distance recourant aux nouvelles technologies de l'information et de la communication qui favorise l'accès de tous à des soins sur l'ensemble du territoire ». Elle regroupe les pratiques médicales à distance que sont la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation. Dans ce contexte national de difficulté d'accès aux

soins, les soins de télémédecine ont été admis au remboursement du droit commun en 2018, ils constituent une solution possible aux principales tensions démographiques des professionnels de santé (19). Elle ne se substitue pas aux pratiques médicales traditionnelles mais peut faciliter l'accès de la population à des soins de proximité, pallier le manque de personnel médical et renforcer les missions des établissements isolés (20).

Le nombre de téléconsultations a connu un essor massif depuis le début de l'épidémie de Covid-19. Les trois quarts des médecins généralistes ont mis en place cette modalité de consultation depuis le début de l'épidémie de Covid19, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant (21).

La France a été le premier pays à rembourser la téléexpertise pour tous les médecins à compter du 10 février 2019 (22). Apparue dans la loi HPST de 2010, la téléexpertise permet à tout médecin de solliciter à distance l'avis d'un confrère en raison de sa formation ou de ses compétences particulières.

Depuis 2020 des études qualitatives ont exploré chez les patients et les médecins généralistes la satisfaction et le ressenti de la téléconsultation (23,24). Aucune étude n'a encore évalué le ressenti des patients sur l'utilisation de la téléexpertise en médecine générale.

L'île de Sein est une île bretonne du Sud-Finistère, située à 7 kilomètres à l'ouest de la pointe du Raz dont elle est séparée par un passage étroit, soumis à des courants marins violents, appelé le Raz de Sein. Les traversées durent une heure et sont effectuées toute l'année jusqu'au continent, à la gare maritime de Ste Evette à Audierne. Si les conditions météo sont mauvaises, la traversée s'effectue au départ de Douarnenez et dure deux heures.

Comment sont ressenties les difficultés d'accès aux soins secondaires par les patients ? Quelles sont les stratégies d'adaptation mises en place ? Comment est perçu le recours à la téléexpertise au cabinet de médecine générale ?

L'objectif de cette étude était d'explorer le ressenti qu'avaient les habitants de l'île de Sein, en situation d'éloignement géographique, face aux contraintes d'accès aux soins secondaires et le rôle perçu de la téléexpertise au cabinet de médecine générale comme développement possible.

II. MÉTHODE

2.1 Population

Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés auprès des habitants de l'île de Sein entre juin et juillet 2021. Les participants ont été recrutés parmi les personnes habitant de façon stable sur l'île. Un investigateur unique a mené le recrutement, d'abord dans la salle d'attente du médecin de l'île, ensuite par téléphone puis par effet boule de neige.

L'échantillonnage a été raisonné avec recherche de variation maximale selon les variables d'âge et de sexe.

2.2 Recueil des données

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés par un chercheur unique à l'aide d'un guide d'entretien (**annexe 1**).

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des questions de recherche puis modifié au fil des entretiens. Il était constitué de questions ouvertes pour favoriser la narration de situations en lien avec le sujet de recherche.

Il s'organisait autour de 2 axes : le vécu de la difficulté d'accès aux soins secondaires et le rôle possible du développement de la téléconsultation au cabinet du médecin généraliste de l'île.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, après autorisation verbale. Les verbatims ont ensuite été retranscrits intégralement puis anonymisés. Les entretiens ont été désignés par la lettre « E », suivi du numéro de l'entretien. Les données non verbales n'ont pas été recueillies. Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données d'analyse.

2.3 Analyse des données

Une analyse phénoménologique interprétative a été menée. Ce type d'analyse a pour objectif de découvrir en milieu naturel (et non expérimental) la façon dont les sujets expérimentent et donnent du sens à un phénomène, en étudiant le récit qu'ils en font. Elle est phénoménologique dans la mesure où elle explore une expérience avec ses propres termes. Elle est herméneutique dans la mesure où elle est une « théorie de l'interprétation » (25). La première étape commençait par plusieurs lectures détaillées des transcriptions, en codant pour identifier les premiers thèmes. Des significations pouvaient apparaître à chaque lecture. Cette étape était proche d'une analyse textuelle libre. Les thèmes récurrents et leurs connexions étaient ensuite repérés dans les différentes transcriptions. Ces thèmes représentaient un partage de compréhension du phénomène étudié entre les participants. Cette étape était davantage analytique puisque les objectifs étaient de donner du sens aux liens entre chaque thème et de mettre en évidence les similarités et les différences des récits. La dernière étape consistait à produire une présentation cohérente et ordonnée des thèmes. Il s'agissait alors de faire la synthèse de l'ensemble des expériences décrites, de passer d'une théorie locale de chaque entretien à une théorie générale de la problématique de recherche.

III. RÉSULTATS

La suffisance des données a été obtenue après 15 entretiens. Leur durée moyenne était de 16 minutes (entre 4 et 57 minutes).

Les caractéristiques des participants ont été détaillées dans le **tableau 1**.

L'analyse des résultats a fait émerger 11 thèmes qui ont pu être répartis en 3 catégories : la perception de l'accès aux soins secondaires, le ressenti sur le rôle possible de la téléexpertise au cabinet du médecin traitant et les autres besoins médico-sociaux.

3.1 La perception de l'accès aux soins secondaires

3.1.1 *Difficulté d'accès physique et financière aux soins secondaires : le transport, le logement et les imprévus du voyage*

Les personnes interviewées ont souligné que les déplacements pour l'accès aux soins secondaires ont nécessité une organisation « assez lourde ».

« Mais c'est vrai que ça me coûte de l'énergie et de l'organisation pour partir [...] c'est quand même une organisation assez lourde à mettre en place, et veiller que tout se passe bien » (E12, ligne 20)

« En gros c'est une histoire d'organisation et il ne faut pas se loucher hein » (E3, ligne 43)

La plupart des iliens interrogés ont vécu des difficultés liées à l'organisation des transports en bateau et en voiture, mais aussi au logement sur le continent pendant les jours nécessaires pour se rendre aux consultations spécialisées.

« C'est n'est pas je pense la flemme d'y aller, mais les contraintes qui sont liées au tour, le fait de quand on n'a pas de logement sur le continent et bah il faut prendre une location ou un hôtel ou trouver quelqu'un et si on n'a pas de voiture pour prendre le taxi, enfin bosser c'est toute une organisation quand même » (E13, ligne 95).

« Ici c'est le bateau qui décide » (E5, ligne 436)

« J'ai passé du coup deux nuits sur le continent. Et comme je n'ai pas de voiture, je suis obligé de louer et comme je n'ai pas d'endroit pour aller pour la nuit je suis obligé de louer aussi » (E10, ligne 5)

« *C'est toujours ce problème d'aller sur le continent et de pouvoir être reçu par des amis ou d'être à l'hôtel carrément* » (E2, ligne 46)

L'hiver a été souvent évoqué comme une saison particulièrement compliquée pour les transports en bateau, car ils sont soumis aux variations météorologiques aléatoires.

« *En été, ça va c'est supportable, mais en hiver quand il y a la tempête, on ramasse des soucis, on attrape le mal de mer, enfin la trouille en fait tout on est malades pendant des heures après* » (E4, ligne 121)

« *La dernière fois aussi, j'avais rendez-vous à Quimper pour une consultation au centre anti-douleur... Et le bateau n'est pas venu c'était pendant l'hiver et il y avait une grosse tempête. Enfin bon, ça c'était compliqué donc le bateau a été annulé et je n'ai pas pu aller à cette consultation. Ça, ça m'est arrivé deux ou trois fois l'hiver dernier* » (E10, ligne 52)

« *Ce n'est pas très facile...d'ailleurs mon dernier rendez-vous [chez le dentiste] c'était au mois de février. Et puis il y avait tempête et du coup le bateau ne pouvait pas passer donc j'ai dû annuler mon rendez-vous et j'en ai eu un nouveau là pour le 31 août. Donc il ne faut pas avoir mal aux dents!* » (E13, ligne 8)

« *Ça peut arriver qu'on puisse être bloqué deux jours suivant le temps qu'on a* » (E1, ligne 34)

L'accent a été mis également sur le temps et sur l'énergie absorbée par les voyages en témoignant d'un vécu de difficulté dans l'accessibilité physique aux soins secondaires surtout en relation au suivi des maladies chroniques qui impose des voyages réguliers.

« *C'est éreintant d'aller chaque fois passer trois jours* » (E4, ligne 120)

« *Donc je suis parti, ben je suis parti le dimanche, j'avais mon rendez-vous le lundi et j'ai pu rentrer le mardi, donc il fallait dormir sur le continent dimanche soir, lundi soir et comme je ne conduis pas, il fallait que je trouve quelqu'un pour me ramener, ou alors je rentre en taxi, ça fait quand même un peu beaucoup !* » (E4, ligne7)

« *Ici, il faut penser à tout, il faut appeler les taxis. Alors si le bateau ne vient pas à l'heure il faut encore changer les horaires, il y a plein de choses, il faut tout voir quinze jours avant de partir donc quand on allait tous les mois là j'avais quoi une semaine de répit ?* » (E5, ligne 109)

« *J'en ai marre parce qu'en plus j'ai eu la chance, entre guillemets, de rentrer dans un protocole pour ma maladie, je correspondais au truc, donc ça allait et donc j'ai un suivi en plus de l'oncologue, il faut que j'aïlle tous les 3 mois régulièrement pour l'étude et l'année dernière je leur ai dit j'en ai ras-*

le-bol, moi j'en ai marre de venir, j'en ai vraiment marre » (E4, ligne 37)

L'accessibilité financière a été évoquée comme un obstacle important à l'accès aux soins, susceptible de constituer un facteur majeur d'inégalités de recours aux soins surtout si on considère que les aléas météorologiques peuvent faire augmenter les frais de façon imprévisibles.

« Le fait de rester bloqués sur le continent deux jours ça représente des frais supplémentaires » (E1, ligne 38)

« Je ne sais plus une chambre d'hôtel combien ça coûte, mais on s'en sort avec deux ou trois-cents euros à chaque fois » (E4, ligne 61)

Les témoignages ont permis de souligner que le coût d'accès aux soins n'était pas uniquement représenté par le prix de la prestation ou du transport, mais aussi par le manque à gagner de journées non travaillées, le coût de gardes d'enfants et en terme de perte de jours scolaires.

« Ouais, deux nuits sur le continent. Et une voiture donc à chaque fois ça me coûte très très cher. Donc c'est vrai que si je pouvais éviter, puis tu perds trois jours de boulot surtout ! » (E10, ligne 13)

« Il faut qu'ils loupent l'école pendant trois ou quatre jours parce qu'il n'y a pas de bateau l'hiver » (E8, ligne 39)

3.1.2 La difficulté d'accès aux soins en lien à d'autres facteurs de fragilité comme l'âge, la capacité de mobilité, la présence de la famille et les difficultés financières.

Les propos ont mis en lumière le fait que l'accès aux soins était plus difficile pour les personnes seules, âgées ou en difficulté financière :

« Si on n'a pas quelqu'un, si on n'a pas des copains, si on n'a pas de la famille sur le continent et ben, ça revient cher » (E4, ligne 16).

« On était tellement fatigué de notre voyage qu'on met quatre jours au moins à se remettre. Alors pour quelqu'un qui est malade ? C'est fatigant, très fatigant mon mari est très fatigué quand on rentre. Euh bon, il est content en général parce que tout se passe bien. Mais bon s'il y avait quelque chose en plus, je ne sais pas comment on ferait » (E5, ligne 111)

« Si on ne trouve personne, on ne fait pas du stop à mon âge [75 ans], je fais plus du stop ! » (E4, ligne 19)

« Ce sont les difficultés que ça occasionne quoi pour celui qui n'a personne... Il faut chercher un hôtel, il faut chercher un logement, il faut tout prévoir. Quand on va à l'hôpital faire la consultation, on ressort pour trouver un taxi, il faut passer 2 ou 3 jours à l'hôtel quoi » (E15, ligne 37)

« Je trouve que la médecine s'éloigne beaucoup des personnes plus vulnérables en fait. Et que l'accès est donné aux personnes qui ont les moyens de transport et les moyens financiers. Mais ça, c'est général en France, ça devient compliqué, hein ? [...] le fossé s'est tellement creusé que je ne vois pas du tout comment on pourrait envisager de palier » (E11, ligne 133)

« On est quand même sur une île où y a 60% de retraités donc par rapport à ça il faut essayer de faire des choses, car les anciens, ils n'ont pas forcément envie de prendre le bateau pour dormir sur le continent et puis revenir, donc c'est compliqué. Ils n'ont peut-être pas non plus un pied à terre, donc ce n'est pas non plus facile » (E9, ligne 44)

« Nous on est jeunes et ça va : on a une voiture et tout ce qu'il faut, mais après pour les personnes âgées, c'est plus compliqué. Parfois pour les personnes âgées c'est une véritable épreuve d'aller l'hiver » (E8, ligne 83)

« Je pense pour les personnes âgées, c'est plus compliqué, je pense, de savoir caler son rendez-vous par rapport à la saison par rapport aux tempêtes, mais en fait il y a des tempêtes un peu tout le temps maintenant. Donc même l'été quelquefois le bateau ne passe pas. Alors bon voilà c'est comme ça. On s'habitue hein l'insularité c'est comme ça » (E13, ligne 20)

3.1.3 Le sentiment de réassurance à l'égard de l'efficacité et de la rapidité des transports en cas d'urgence ainsi que du suivi de premier recours sur l'île

Le discours mettait en évidence un sentiment de réassurance en relation à l'efficacité des transports en cas d'évacuation sanitaire pour des soins d'urgence grâce à l'intervention rapide de l'hélicoptère ou du canot de sauvetage de SNSM.

« On a un avantage, on a un hélicoptère qui vient nous nous chercher si on est malades et il met moins de temps à arriver à l'hôpital si on a un gros souci que de partir en ambulance de je ne sais pas où. Quand ils essayent de te retrouver au fin fond de la campagne. C'est comme l'SNSM qui fait aussi maintenant pas mal d'interventions et avec l'SNSM en une demi-heure on est arrivé, vous vous rendez compte ? » (E4, ligne 138)

« Je sais que s'il y a un problème ici sur l'île de Sein, c'est plus rapide de rejoindre l'hôpital, à Brest qu'en étaient sur le continent, c'est aussi tôt en vingt minutes on est à l'hôpital c'est super rapide, ça c'est génial » (E3, ligne 15)

Pour certains l'éloignement s'inscrivait dans la définition d'insularité et ça faisait partie du vaste problème des déserts médicaux. Les interlocuteurs ont fait émerger un sentiment de satisfaction vis-à-vis du suivi médical de premier recours sur l'île par rapport à d'autres déserts médicaux.

« C'est propre à l'insularité, je pense. Je pense que ça se passe dans d'autres îles aussi hein...et peut-être pas que les îles, mais dans la grande ruralité aussi. Il y a des déserts médicaux. Je pense qu'on n'est pas les plus mal lotis ici » (E13, ligne 103)

« Je pense que dans le centre de la France tout ça ou il y a vraiment très peu d'habitants je pense que les personnes ne sont pas très suivies non plus...ici je pense qu'il y a un meilleur suivi » (E13, ligne 109)

3.1.4 Les conséquences de la distance géographique : le retard dans la prise en charge et le renoncement aux soins secondaires

L'éloignement, le coût financier et les difficultés organisationnelles sont responsables de retards de prise en charge voire de renoncements aux soins.

« Les gens laissent tomber parce qu'ils pensent déjà il y a le bateau, la voiture, allez ajouter l'hôtel et tout. C'est ça la raison ! » (E3, ligne 90)

« Je vous dirai franchement qu'il y a certaines personnes qui n'ont tellement pas l'envie d'aller qui se laissent aller hein » (E4, ligne 173)

« Pour des gens malades. Oui, moi, j'ai vu beaucoup de gens malades ici, avoir du mal à surmonter à cause de ça, et c'est pour ça que les gens ils disent, ah non, je ne vais pas, je ne vais pas ! » (E5, ligne 448)

« J'étais allé voir Dr M. par rapport à mes oreilles parce que je n'entends rien et là elle m'avait dit, il faudrait aller à Quimper Madame, bon, mais non, j'ai dit c'est non, je ne vais pas aller à Quimper [...] donc j'ai laissé tomber, j'ai laissé tomber par rapport à mes oreilles, et je n'entends rien » (E14, ligne 11)

« Ah bah oui et quand tu souffres, ce n'est pas très rigolo hein. Non c'est frustrant, forcément, mais surtout que oui, tu sais que ça va être encore une attente effectivement, enfin une consultation reportée [à cause de la météo] » (E10, ligne 65)

Une raison du retard dans la prise en charge ou le renoncement mis en évidence était la difficulté dans la prise des rendez-vous, surtout dues aux longs délais d'accès pour certains spécialistes couplés à l'imprévisibilité du transport maritime.

« Il faut prendre un rendez-vous un an à l'avance. Ouais et comment voulez-vous que je fasse ? Je ne vais pas prendre un rendez-vous et puis encore leur dire non, il fait mauvais, je ne peux pas pour cette date, je ne pourrais pas, il faut encore recommencer, ce n'est pas possible quoi » (E5, ligne 161)

« Ben ici on a tellement un souci monstre à prendre des rendez-vous qu'on a la flemme déjà de prendre rendez-vous » (E2, ligne 44)

Le discours des iliens mettait en évidence la nécessité de convaincre les iliens de quitter l'île pour bénéficier de soins secondaires tout en leur témoignant d'un accès aux soins susceptible d'être reporté facilement :

« Pourtant ça fait un an qu'elle me dit d'y aller ! » (E4, ligne 77)

« Le docteur, ici, il faisait que me dire il faut y aller ! » (E5, ligne 145)

« Elle m'a dit je vous envoie, je vous envoie sur le continent, ce n'est pas la peine de me dire non, cette fois je vous envoie » (E5, ligne 293)

3.1.5 Stratégies mises en place pour faire face aux difficultés d'accès aux soins et propositions de soins secondaires sur l'île

Les stratégies pour faire face aux difficultés de logement faisaient souvent référence à la possibilité d'être logé sur le continent par des proches, familles ou amis, ou alors de disposer d'un pied à terre pour faciliter le recours aux soins et limiter les coûts financiers.

« Heureusement, j'ai ma nièce qui habite sur le continent, donc ça ne me cause pas trop de frais... quand on a quelqu'un pour recevoir c'est bien quoi » (E1, ligne 12)

« Moi j'ai une maison à Douarnenez... Alors j'ai une maison ici, j'ai mon propre moyen de locomotion donc il n'y a pas de souci pour moi » (E3, ligne 34)

« Là on va partir le premier pour avoir rendez-vous le deux, on va juste passer presque pas une heure de temps en consultation, mais après on va chez notre fille, passer cette nuit-là [...] on est obligés de rester » (E5, ligne 86)

« Ma femme a un cousin originaire de la maison ici et qui habite Quimper, quoi... Voilà, ils nous accueillent ouais bah au moins ça nous a permis de bien suivre quoi de se rendre quand il fallait » (E15, ligne 69)

« J'ai, on va dire entre guillemets, une chance parce que j'ai une maison à Douarnenez » (E12, ligne 11)

Une stratégie consistait à regrouper les rendez-vous pour optimiser et limiter les déplacements.

« Je groupe tous mes rendez-vous. Ça me permet de faire d'une pierre plein de coups » (E12, ligne 102)

Une autre stratégie était de les prévoir pendant l'été quand le risque de mauvais temps empêchant la traversée était faible.

« On s'arrange aussi par exemple pour grouper sur une semaine ou deux l'ophtalmo, le dentiste... Voilà enfin tous les rendez-vous quoi pour pas faire sans arrêt des allers-retours » (E7, ligne 10)

« Et ce qu'on fait c'est que souvent on essaie de faire les rendez-vous l'été [...] les mois de juin, août, septembre, octobre. Les rendez-vous chez l'ophtalmo ou le dentiste on essaie de les prendre au printemps comme ça, il fait beau, il y a plus de bateaux parce que souvent l'hiver, il n'y a pas de bateau, c'est annulé » (E8, ligne 34)

« On essaie de prendre les rendez-vous comme ça, comme ça, on se dit normalement il n'y aura pas de tempête et on est sûr d'avoir un bateau et de ne pas annuler les rendez-vous » (E8, ligne 44)

Quelques témoignages suggéraient que l'accès aux urgences était parfois ressenti comme moyen pour pratiquer les examens complémentaires qui n'avaient pas été faits auparavant.

« Donc du coup hélico enfin bref, et je me suis retrouvé à Keraudren à Brest. Mais bon, il n'y avait rien de grave, ce n'était rien. Je pense que c'était de l'angoisse, du stress, hein, comme on dit en Bretagne, la fatigue du navire, de son chargement, hein, mais en fait c'est bien que bah j'ai eu un séjour, j'ai dû rester en tout quatre jours, mais du coup ils m'ont fait tous les examens dont j'avais besoin » (E2, ligne 17)

Certains ont rapporté la possibilité de faire des départs de groupe avec le bateau de sauvetage :

« Dernièrement il y a eu un départ sanitaire avec le bateau de sauvetage. On avait regroupé, mais moi je ne l'ai pas su. Après, c'est compliqué, il faut qu'on soit tous à peu près les mêmes heures de consultation sur le continent pour pouvoir repartir le soir, tu vois, ils ont fait un aller-retour avec le SNSM avec cinq ou six personnes, mais bon, il n'y a pas eu divulgation avant la date et ça a été organisé, je pense, sur un laps de temps très court donc tu ne peux pas t'organiser et déplacer un rendez-vous. Mais ce n'est pas mal comme idée » (E10, ligne 122)

Pour répondre aux besoins d'accès aux soins, une présence médicale spécialisée et paramédicale accessible sur l'île a été évoquée à plusieurs reprises :

« Après ce qui serait bien, peut-être pour les personnes âgées, ce serait d'avoir un peu plus d'intervenants... alors je sais qu'il y a un kiné qui vient de temps en temps, mais c'est sporadique et pourquoi pas avoir quelqu'un pour les yeux ou pour les oreilles ? [...] Pour que tout le monde sache que tel jour il y a telle spécialiste qui est là et que les gens prennent leurs rendez-vous... pourquoi pas après, c'est peut-être compliqué à mettre en place » (E8, ligne 99)

« Nous on est obligé de partir sur le continent et prendre une nuit l'hôtel et de perdre une journée de salaire. Mais s'ils se déplacent, c'est mieux [...] financièrement pour eux, est-ce que c'est rentable ? Mais bon en général ce serait que pour une journée » (E10, ligne 129)

« Pour les enfants par exemple pour faire tout ce qui est surveillance dentaire ou les surveillances qu'on a sur le continent sans problème. Mais peut-être pour éviter aux parents de devoir se déplacer juste pour faire un petit contrôle, carie ou des choses comme ça, je sais que ça se fait aussi sur une autre île où il y a un dentiste qui vient avec son voilier. Je crois qu'il a aménagé pour justement faire des consultations pour les enfants ça pourrait être sympa aussi. Pour se déplacer avec l'équipement parce que c'est ça qui est difficile...Le nécessaire pour les petits soins quoi...Pas évidemment un gros truc, mais au moins du contrôle quoi. Surtout le contrôle » (E13, ligne 75)

« Et là s'il y avait qu'une personne qui viendrait dans un jour de travail, qui viendrait le matin, elle repartirait le soir hein. Ce serait déjà plus facile que pour nous qu'on se déplace à deux, on a le taxi, les nuits... Et là, donc, la sécurité sociale ne trouve pas son compte là-dedans, ce n'est pas possible. Et là, il n'y aurait qu'une personne qui se déplacerait ! » (E5, ligne 460)

3.2 Ressenti sur l'accès à la téléexpertise sur l'île de Sein

3.2.1 Les aspects positifs : une technologie innovante et adaptée

Le regard qui était porté par les insulaires interrogés sur la télémédecine comme développement possible au cabinet de médecine générale était généralement enthousiaste.

« Serait génial ! » (E4, ligne 108), « Ça serait un avancement » (E5, ligne 269), « il y aurait plein d'avantages, je pense » (E2, ligne 117)

Des discours transparaissent le sentiment d'une technologie appropriée et adaptée aux problématiques de l'insularité et la représentation d'un futur qui conduira forcément à une utilisation plus courante.

« Sachant qu'on est sur une île, on n'est pas sur le continent c'est plutôt, je dirais. C'est plutôt donc un gros avantage, un gros avantage » (E3, ligne 55)

« Je n'arrive même pas à comprendre que ce n'a pas été mis en place ici depuis longtemps enfin » (E10, ligne 73)

« Moi je pense que c'est l'avenir, ça non ? » (E4, ligne 93)

Depuis la crise sanitaire du Covid19 les habitants de l'île ont mis en avant leur familiarisation avec les technologies de communication à distance. Ils avaient pris l'habitude d'utiliser au quotidien les appels en visio.

« On est habitué maintenant à passer par les tablettes, les visioconférences et tout ça...La dernière période nous a un peu obligés à faire avec » (E13, ligne 67)

« Nous pour nos enfants, on se voit aussi déjà à distance via Skype. Ouais donc je pense que pour le médecin c'est le même système » (E7, ligne 53)

« Même pour les enfants, ça ne les choquerait pas. Enfin ils ont fait le confinement et ça leur a permis de faire l'école en visio donc on va aller de plus en plus vers ça, je pense. Auparavant, on n'avait pas utilisé cette technologie à tel point » (E8, ligne 71)

Les principaux aspects positifs mis en avant étaient la possibilité de limiter les déplacements et les frais corrélés, le gain de temps et la réduction des risques infectieux liés aux lieux de soins :

« Ça permet aux gens de ne pas avoir à se déplacer déjà c'est ça le plus gros avantage » (E13, ligne 55)

« Ça éviterait des frais financiers de transport qui ne sont pas négligeables » (E3, ligne 81)

« On gagne du temps. C'est super ça ! » (E3, ligne 49)

« Ça nous évite d'aller à l'hôpital faire la queue et attraper des maladies nosocomiales ou je ne sais pas quoi et au moins on est, on est, on reste chez nous, c'est génial la télémédecine ! » (E4, ligne 83)

Certaines réponses exprimaient l'idée d'économie et l'efficacité des systèmes de télémédecine.

« C'est pratique, c'est le sens pratique et économique » (E10, ligne 74)

« C'est plutôt rapide et efficace » (E13, ligne 70)

Les iliens étaient rassurés par cette perspective. Ils évoquaient aussi l'aide que la télémédecine pouvait apporter au médecin traitant dans son exercice grâce au lien plus direct avec l'hôpital en cas de besoin.

« Ça doit être un grand secours pour les patients comme pour vous ici isolé. Ça doit être un grand secours sûrement de pouvoir contacter sur demande, un médecin, en téléconférence » (E15, ligne 100)

« Le fait d'avoir un lien un peu plus rapide avec des spécialistes sur le continent, c'est rassurant pour Laetitia [médecin généraliste de l'île], pour le les patients surtout, bien sûr » (E3, ligne 80)

« Parce que parfois on a besoin d'être rassuré et d'avoir un avis complémentaire d'un spécialiste qui peut confirmer » (E5, ligne 270)

Les iliens considéraient que le recours à la télémédecine pouvait augmenter l'efficacité des déplacements, avec des consultations mieux préparées sur le continent. Elle permettait de mieux planifier le parcours de soin ou d'obtenir si besoin un rendez-vous dans un délai plus court :

« Déjà, s'il y a un souci [...] on voit avec la télémédecine avant de se déplacer » (E8, ligne 85)

« Ça peut préparer un rendez-vous qui sera entre guillemets vu comme inutile parce que c'est vrai que quelquefois on peut aller voir un spécialiste qui ausculte puis qui dit bon bah maintenant il me faut une prise de sang, un truc, un machin [...] c'est déjà arrivé à des personnes et c'est vrai que bon, ils se disent bons, tout ça pour ça quoi... Et puis il faudra retourner, puis il faudra encore passer une nuit sur le continent et tous les frais, le bateau, le voyage » (E6, ligne 139)

« Et donc on arriverait déjà avec un dossier un peu plus calé » (E2, ligne 83)

« Et ça, ça permettra peut-être aussi aux spécialistes d'avoir des créneaux un peu plus raccourcis pour les rendez-vous s'il y a besoin » (E8, ligne 74)

Les personnes interviewées qui avaient déjà bénéficié d'une téléexpertise ont exprimé un ressenti positif :

« Là le fait que l'autre jour elle a fait une photo de mon grain de beauté qui s'est amplifié, elle a fait la photo et elle a transmise directement à l'hôpital à Quimper... on gagne du temps. C'est super ça ! » (E3, ligne 47)

« L'électrocardiogramme qu'elle a reçu l'autre jour-là, on a fait un électro, là, elle nous a montré l'appareil, vous savez on peut l'envoyer à Brest en cas d'urgence...c'est déjà une bonne chose, ça, c'est énorme, c'est énorme, voilà ! » (E1, ligne 81)

3.2.2 Les aspects négatifs : manque de contact humain et difficulté d'utilisation

Le discours mettait en évidence des incertitudes sur cette modalité de soins encore peu utilisée en pratique courante : *« c'est quelque chose qu'on connaît très peu » (E7, ligne 52), « j'avais vu un reportage là-dessus, mais alors je sais plus sur quelle île c'était vraiment, il faisait la téléconsultation du coup, ouais » (E13, ligne 50)*

Les habitants de l'île de Sein exprimaient des réticences surtout liées aux difficultés de communication à travers l'écran. L'écran était vécu ou supposément vécu comme un frein dans la relation de soin, en mettant moins à l'aise qu'une consultation présenteielle.

« Je pense qu'on peut être plus à l'aise pour lui parler quand il n'y a pas l'intermédiaire de l'écran. Voilà, on peut être plus à l'aise et du coup peut être prendre le temps nécessaire pour mieux expliquer le problème qu'on peut avoir...on peut être mieux entendu, mieux compris peut-être aussi » (E6, ligne 51)

« Je pense qu'on ne sera peut-être pas aussi à l'aise qu'en présentiel quoi, surtout si c'est un médecin qu'on commence à connaître quoi. Il y a quelque chose qui se passe, qu'on ne peut pas trop expliquer quoi. C'est ce qu'on sent avec un médecin ou avec d'autres personnes, on sent que le courant va passer quoi, d'accord ? Que ça peut coller quoi ... Alors rencontrer quelqu'un comme ça au travers d'un écran je ne sais pas » (E7, ligne 54)

« Il reste que le contact humain est différent quand même » (E13, ligne 68)

« Ça pourrait être un problème plus avec des personnes âgées peut-être qui sont davantage rassurées par le contact humain aussi » (E13, ligne 65)

Le manque d'examen physique émergeait aussi dans les verbatim comme un frein majeur, limitant la faisabilité des soins à distance.

« Sans même toucher la personne. Enfin, il y a ça aussi. Il y a aussi où j'ai mal... comment on peut toucher la partie [...] il y a aussi cet aspect-là, je pense, de voir la personne, voilà l'examen physique » (E6, ligne 64)

« Il n'y a pas le toucher, le ressenti, donc c'est ça qui me freinerait en fait. Pouvoir voir, toucher, voir par exemple un problème au sein, je ne vois pas ce que peut apporter la vidéo quoi. Enfin je ne vois pas, faut palper, faut toucher même un problème d'ordre gynécologique. Et tout ça ce n'est pas réaliste pour moi » (E11, ligne 42)

Les représentations des liens sur l'emploi de la téléconsultation non accompagné par le médecin révélaient une barrière technique d'accès à cette technologie, surtout par rapport aux personnes âgées qui auraient plus besoin de soins et pour lesquelles le déplacement était plus difficile.

« Je sais qu'à l'île de Sein il n'y a pas beaucoup qui ont internet et qui le manipulent facilement » (E5, ligne 417)

« Je ne me vois pas moi personnellement je ne me vois pas tapoter pour avoir un contact direct avec un médecin vous voyez et je pense qu'il y a beaucoup de personnes à l'île de Sein qui sont dans le même cas que moi » (E2, ligne 66)

« Ça serait peut-être le côté utilisation pratique par exemple entre autres pour les personnes âgées. La difficulté technique...Parce que ouais, une fois que c'est mis en place, il faut encore savoir peut-être pianoter un petit peu quoi » (E12, ligne 109)

« Ouais, ce sont des outils qu'on a à disposition oui, mais faut pouvoir s'en servir et tout le monde n'a pas envie. Je pense que des personnes un peu plus âgées que nous. Si on leur parle de ça je crois que ça va les enquiquiner plus qu'autre chose. Quoi, il y en a qui ne veulent pas entendre parler de ça, donc ça ... Arrivé à un âge, tu y'a d'autres soucis quoi » (E7, ligne 81)

« Les plus anciens auraient peut-être un petit, un petit recul » (E2, ligne 123)

Un sentiment qui émergeait dans les craintes vécues vis-à-vis du développement de soins à distance était celui d'un possible prélude à un manque définitif du médecin traitant sur l'île :

« Et puis moi je me dis que si on commence à aller vers ça à l'île de Sein c'est qu'après on peut très bien ne plus avoir de médecin aussi...ils peuvent très bien nous dire bah maintenant il y a la télémédecine, vous avez installé ça et puis il y a plus de médecin. Tous les moyens sont bons pour réduire la présence médicale. Ouais, pour moi c'est ça, hein, c'est le risque qu'après il y aura plus de médecins, en fait avec cette excuse » (E11, ligne 56)

« La crainte que je vois ici, c'est qu'on ait plus de médecins. Et qui nous envoie un truc par ordinateur interposé pour poser nos questions de santé » (E6, ligne 93)

Enfin certains insulaires craignaient une sécurisation douteuse des données :

« J'espère en tout cas que tout ce qui est numérique comme ça en général soit sécurisé, donc y'a pas de raison...Et puis s'il n'y a pas d'enregistrement je pense avec le médecin il n'y a pas de raisons que ce soit piraté par quelqu'un. C'est ça, ça pourrait être une crainte éventuellement » (E10, ligne 95)

3.2.3 Les circonstances d'utilisation de la téléexpertise et les avantages de la présence du médecin traitant

Les participants ont exprimé que la téléexpertise devait être limitée aux circonstances où l'auscultation, l'examen physique ou la réalisation d'examen complémentaires ne soient pas nécessaires. Ils soulignaient son rôle complémentaire aux soins courants. La téléexpertise était perçue comme pertinente en cas de problème visuel (comme en dermatologie) ou en cas de premier contact avec les spécialistes pendant les mois d'hiver quand il était plus difficile de se rendre sur le continent.

« C'est bien quand il n'y a pas besoin de plus d'examen complémentaires » (E10, ligne 76)

« Ça ne sert pas pour régler tous les problèmes, parce qu'évidemment, il vaut mieux, c'est important de se rendre sur le continent pour certaines choses » (E3, ligne 78)

« Peut-être pas pour tout évidemment parce que parfois on a besoin de palper, toucher. Ne suffit pas l'œil parfois » (E15, ligne 98)

« Peut-être que pour tout ce qui est consultation dermato parce que le dermatologue déjà quand il voit le problème de peau c'est là il peut intervenir, ça pourrait être intéressant pour quelque chose de très visuel, quoi, mais autrement je ne vois pas l'intérêt » (E11, ligne 53)

« C'est bien pour une première consultation parce qu'après évidemment il va falloir se rendre » (E10, ligne 76)

« Mais surtout l'hiver pourrait être intéressant comme premier contact... Oui parce que l'hiver on n'est jamais sûr de pouvoir partir quoi » (E10, ligne 80)

Les participants considéraient que la téléexpertise était plus intéressante si elle était réalisée dans un lieu dédié et en présence du médecin de l'île. Cela réduisait les craintes liées à l'utilisation technique et augmentait la pertinence des questionnements par rapport à une utilisation non accompagnée.

« L'idée [...] de consulter un spécialiste avec le généraliste de l'île qui peut apporter peut-être des éléments complémentaires ou des questionnements pour préparer un éventuel rendez-vous sur le continent en demandant des examens complémentaires. Oui ça peut être intéressant. Autrement, je ne vois pas d'intérêt » (E6, ligne 128)

« C'est vrai que ce n'est pas évident d'utiliser l'ordinateur, pas tout le monde pourrait le faire et que peut être avoir un espace dédié avec une petite aide pour le faire pourrait ouvrir cette possibilité » (E5, ligne 355)

« C'est mieux voilà passer par le docteur, qui peut dire aussi pourquoi il a demandé un avis, puis avoir l'avis du docteur spécialiste en même temps » (E2, ligne 72)

« Il faut être d'accord avec le médecin qui est sur l'île quoi. C'est elle qui pourrait guider un petit peu, car autrement personnellement on n'a pas la possibilité, on n'aurait pas les moyens techniques aussi pour tout expliquer à l'autre médecin qui est peut-être à l'autre bout du monde » (E14, ligne 83)

Cette modalité de soin était jugée utile pour avoir un avis sur la nécessité d'un départ de l'île mais la présence physique du médecin sur Sein, qui exerçait déjà ce rôle de décideur, la rendait moins nécessaire.

« Ça sert pour savoir si on doit partir ou non donc avec Dr M. qui est là c'est un bon docteur, on a de la chance et donc on n'a pas vraiment besoin nous, mais il y a peut-être des régions ou des îles, ou c'est peut-être le cas... Par exemple à Molène il n'y a pas de médecin, il y a une infirmière qu'ils ont donc je pense que pour des îles comme ça, comme modèle en télémédecine peut être, ça peut apporter un plus » (E1, ligne 53)

3.3 Autres besoins médico-sociaux

Les propos des patients portaient aussi sur d'autres besoins d'ordre médico-sociaux et en particulier pour les personnes âgées. Etaient évoqués le besoin d'appareillages auditifs, le besoin d'aidants les week-ends pour les moins autonomes et la question du maintien à domicile pour les fins de vie.

« Moi je sais qu'ici aussi, beaucoup de personnes âgées nous ont dit qu'ils auraient aimé qu'il y ait un audioprothésiste qui se déplace directement sur l'île...pour voir ceux qu'ils ont des problèmes d'audition et donc ce n'est peut-être pas trop difficile à faire venir du matériel pour faire des tests d'audition parce que ces personnes ont besoin, mais ils laissent traîner quoi » (E13, ligne 87)

« Il n'y a pas mal de personnes âgées. Je sais qu'avec le club culture on en discute pas mal justement, ils auraient voulu avoir un audioprothésiste qui vienne à Sein et puis qu'en fait elles puissent être appareillées, mais [...] ce serait donc aller sur le continent. Je pense que c'est un barrage ça pour ces personnes. Ça handicape beaucoup de personnes » (E11, ligne 111)

« C'est bien le problème ici pour les personnes très âgées, c'est aussi le manque d'aides-soignantes le week-end » (E6, ligne 154)

« Chez certains, il y a il y a des personnes qui peuvent prendre le relais : la famille ou des amis, mais ça reste compliqué. Il y a des techniques, c'est un métier, ça ne s'apprend pas comme ça et ce n'est pas non plus à la famille de faire... Voilà quand il y a aussi des relations affectives, ce n'est pas forcément facile quoi pour la personne qui a besoin d'aide, d'être demandeuse auprès de sa famille » (E6, ligne 157)

« Le grand âge après on essaie de les garder au maximum à la maison, donc on ne veut surtout pas les déraciner et les faire partir plus loin, juste pour la fin donc ça c'est vraiment mon cheval de bataille, je veux vraiment que les personnes puissent rester au maximum en autonomie chez elles, mais bon, avec quand même un suivi médical évidemment adapté pour eux quoi » (E13, ligne 129)

Aussi un besoin de prévention était souvent évoqué, en particulier pour les enfants.

« Je pense que ce seraient plus des actions ponctuelles peut être de prévention [...] je pense surtout beaucoup à la petite enfance autrement où vraiment, il y a besoin quand même que soit suivie entre les vaccinations, les choses comme ça » (E13, ligne 127)

IV. DISCUSSION

Les entretiens des 15 résidents de l'île de Sein ont permis d'appréhender leurs difficultés d'accès pratiques et financiers aux soins secondaires. Ils ont évoqué leurs ressentis de ces difficultés, les conséquences sur les retards de prise en charge ou le renoncement aux soins et les stratégies adaptatives mises en place. Secondairement ils ont abordé leurs ressentis sur l'utilisation de la téléexpertise au cabinet du médecin généraliste en précisant ses conditions d'utilisation, ses limites et ses aspects perçus comme positifs ou négatifs.

4.1 Le vécu subjectif de la distance d'accès aux soins secondaires

Sur les besoins en soins secondaires, le vocabulaire exprimé renvoyait aux difficultés auxquelles les personnes devaient faire face aux différents moments de leurs parcours de soins. Il s'agissait principalement des barrières logistiques liées à la traversée, soumise aux imprévus météorologiques, et au transport entre la gare maritime et le lieu de soin. La question du logement sur le continent a également très souvent été évoquée. Ces deux aspects induisaient des coûts financiers et une contrainte de temps freinant véritablement l'accès aux soins secondaires. La perception de la distance comme barrière à l'accès aux soins dépendait largement de l'âge, des pathologies, de la condition sociale et de la présence de la famille sur le continent. La distance géographique, qui apparaissait comme un obstacle, pouvait devenir une véritable barrière et conduire au renoncement lorsqu'elle se combinait à d'autres facteurs de fragilité (capacité de mobilité, présence de la famille, difficultés financières).

4.2 Conséquences sur le report ou le renoncement aux soins

Certains témoignaient des conséquences sur les retards de prise en charge ou le renoncement aux soins. Ils évoquaient la persuasion dont le médecin traitant devait faire preuve pour qu'ils quittent l'île pour entamer ou poursuivre leur suivi médical.

Les types de report pouvaient être la mise en suspens du suivi médical ou l'espacement des visites. A cause des incertitudes météorologiques, les soins étaient d'autant plus susceptibles d'être différés ou annulés que les délais de rendez-vous étaient longs. Les reports de soins étaient plus liés aux annulations de dernière minute par les phénomènes météorologiques qu'aux difficultés de planification des consultations, qui permettaient de les caler aux saisons propices au transport.

4.3 De la télémédecine comme alternative à la consultation chez le médecin traitant à la téléexpertise au cabinet du médecin traitant

La téléexpertise au cabinet du médecin généraliste était considérée avec enthousiasme car identifiée comme facilitant le recours aux soins secondaires et amenée à se développer dans le futur. Les interviewés pouvaient être perplexes à cause de leur manque d'expérience.

Ils avaient parfois la crainte que l'augmentation du recours aux soins à distance puisse être un prélude à une future absence du médecin traitant sur l'île. Les réticences qui émergeaient initialement à propos de la téléconsultation laissaient la place à de la réassurance et à de l'intérêt quand le sujet était recentré sur la téléexpertise. En effet certains iliens s'étaient familiarisés aux nouvelles technologies de communication mais avaient le sentiment qu'elles étaient difficilement utilisables en autonomie, sans moyens techniques ni compétences.

Au contraire, l'idée que le médecin traitant puisse demander, expliquer et accompagner la consultation à distance était perçue comme intéressante. Elle s'opposait aux principales craintes évoquées vis-à-vis de la téléconsultation : manque d'examen physique et de contact humain, difficultés d'utilisation pratique par les personnes âgées et appréhensions d'une communication qui ne soit pas efficace. La présence du médecin traitant lors du premier contact avec le professionnel de deuxième recours était perçue comme susceptible d'améliorer le parcours de soins : délai de rendez-vous adapté au niveau d'urgence, meilleure préparation de la consultation et réduction des déplacements superflus.

4.4 Comparaison avec les données de la littérature

Des recherches qualitatives récentes ont été conduites sur le vécu des patients et les déterminants spatiaux d'accès aux soins (26) mais pas spécifiquement sur les soins de deuxième recours. De nombreuses études ont été publiées depuis la crise sanitaire de la Covid 19 sur le ressenti des patients (27–29) et des médecins généralistes (30) sur le développement de la télémédecine, mais majoritairement à propos de la téléconsultation. Concernant la téléexpertise et son rôle dans la coordination entre médecins de premier et de deuxième recours, des études ont exploré ses effets positifs sur la pertinence du parcours de soins et les délais de rendez-vous mais aussi sur la formation et l'amélioration de la confiance diagnostique des médecins généralistes (31). En cardiologie, il y avait une augmentation de la réalisation d'ECG par les médecins généralistes, une amélioration de leur confiance dans l'analyse des tracées et une amélioration des relations confraternelles entre médecins traitants et cardiologues (32–35). Ces effets positifs de la téléexpertise en tant que lien entre les soins primaires et secondaires ont également été constatés

dans certaines études en dermatologie *via* la transmission de photos entre médecins de premier recours et dermatologues (36,37) ou encore en néphrologie (38). Certaines expérimentations prometteuses, antérieures à l'encadrement juridique de la téléexpertise, ont principalement été clôturées en raison des difficultés liées au manque de ce cadre (39). Le plus souvent, les travaux ayant étudié l'interface entre médecins généralistes et spécialistes de second recours faisaient appel à des outils informatiques ou à des organisations plus complexes (35,40–42). Ces outils informatiques spécifiques nécessitaient des moyens de diffusion ou d'accompagnement importants pour que les professionnels puissent les utiliser (31).

Des effets positifs de la téléexpertise sur l'accès du patient à l'avis spécialisé et sur la pertinence et la clarté de l'orientation ont aussi été constatés par les travaux ayant étudié le recours à la messagerie sécurisée pour la coordination entre médecins (43–47). Deux études qualitatives canadiennes ont évalué le rôle de la téléexpertise pour préserver l'activité médicale dans les régions rurales mais analysaient le point de vue des médecins(48,49). Les résultats du premier mettaient en lumière la crainte que la télémédecine finisse par remplacer toutes les activités de formation médicale continue et la présence des spécialistes en proximité dans les régions éloignées. La seconde étude soulignait que la prise en compte des besoins et des attentes des médecins était essentielle à la réussite du développement des réseaux de télésanté et que les avantages de la télésanté n'étaient visibles que sur une longue période, alors que son développement nécessitait d'importants investissements à court terme.

4.5 Forces et faiblesses de l'étude

La trame d'analyse COREQ et les critères RATS ont été utilisés pour juger de la qualité du travail de recherche (50,51). La question de recherche était pertinente pour la pratique clinique sur l'île et a abordé un sujet faisant l'objet de peu de publications en France. Le choix des entretiens individuels a favorisé les réponses personnelles sur le vécu propre de chaque participant. La méthode de recrutement, initialement dans la salle d'attente du médecin de l'île, a été remplacé par des appels téléphoniques pour faciliter la prise de contact et permettre de mieux planifier les rencontres selon les exigences des participants. Les entretiens ont eu lieu à leur domicile pour qu'ils se sentent en confiance dans un lieu familier. La durée courte des entretiens des jeunes participants peut s'expliquer par leur sentiment d'être moins concerné par cette problématique d'accès aux soins secondaires. Quatre personnes ont refusé de participer à cause d'un manque de temps et de réticences liées à l'enregistrement. Certains participants connaissaient l'enquêteur à la suite de son activité de stagiaire pendant les deux années qui ont précédé la recherche. Cette position a permis une meilleure connaissance du contexte et une meilleure pertinence des questions mais a pu aussi induire certaines réponses. S'agissant de la première expérience de l'intervieweur, certaines

réponses ont pu être orientées par la formulation des questions. Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable. Des notes de terrain n'ont pas été prises avant ou après les entretiens individuels. L'absence de recueil des données non verbales par une tierce personne a limité l'analyse des nuances émotionnelles des interviewés.

L'ensemble des résultats n'est pas généralisable en vue des spécificités locales du contexte examiné mais la réalité d'une petite île avec les besoins spécifiques de ses habitants constitue un laboratoire de solutions innovantes pouvant être utilisées ailleurs.

4.6 Perspective : recommandations à la recherche et à l'organisation des soins

Le développement des applications numériques en santé a favorisé une transformation progressive et rapide de la médecine. Les différents niveaux de difficultés d'accès aux soins mettent en lumière l'importance et les potentialités des outils et des interfaces numériques associées aux parcours de soins. Les conséquences de cette digitalisation suscitent néanmoins d'importantes interrogations sur le risque d'exclusion ou de discrimination de certaines catégories de patients. Il s'agirait d'un risque d'éloignement de la médecine que cacherait la promesse d'une meilleure accessibilité. Il est important pour le clinicien de se demander et de demander aux patients si ces solutions peuvent être utilisées et selon quelles modalités. Cette organisation de la médecine devra répondre à la fois aux attentes des patients et aux exigences des professionnels de santé.

V. CONCLUSION

La distance d'accès aux soins secondaires était vécue comme une difficulté réelle pour une majorité des résidents de l'île de Sein. La distance géographique, qui apparaissait comme un obstacle, pouvait devenir une véritable barrière et conduire au renoncement lorsqu'elle se combinait à d'autres facteurs de fragilité (capacité de mobilité, présence de la famille, difficultés financières) et entraîner le retard dans la prise en charge voire le renoncement aux soins.

Dans ce contexte, la perspective du recours à la télémédecine était considérée avec enthousiasme par les habitants de l'île car identifiée comme facilitant le recours aux soins secondaires mais certains îliens avaient le sentiment qu'elles étaient difficilement utilisables en autonomie, sans moyens techniques ni compétences. Les autres craintes évoquées vis-à-vis de la téléconsultation étaient le manque d'examen physique et de contact humain, les difficultés d'utilisation pratique par les personnes âgées et l'appréhension d'une communication qui ne soit pas efficace.

Ces réticences qui émergeaient initialement à propos de la téléconsultation laissaient la place à de la réassurance et à de l'intérêt quand le sujet était recentré sur la téléexpertise. L'idée que le médecin traitant puisse demander, expliquer et accompagner la consultation à distance était perçue comme intéressante. La présence du médecin traitant lors du premier contact avec le professionnel de deuxième recours était perçue comme susceptible d'améliorer le parcours de soins : délai de rendez-vous adapté au niveau d'urgence, meilleure préparation de la consultation et réduction des déplacements superflus.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Nguyen-Khac A. Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Rev Fr Aff Soc* 2017;1:187-95.
2. Toh N, Pawlovich J, Fcfp C, Grzybowski S. La télésanté et les relations patient-médecin dans les communautés rurales et éloignées. *Can Fam Physician* 2016;62:715.
3. Lurie N. Studying access to care in managed care environments. *Health Serv Res* 1997 ;32:691-701.
4. Lombrail P. Accès aux soins. Les inégalités sociales de santé. Paris: La Découverte/Inserm 2000.403-18.
5. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19:127-40.
6. Vigneron E, Cartier N. Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
7. Lucas-Gabrielli V, Lucas-Gabrielli V, Vigneron E, CREDES (Centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé), Tonnellier F. Une typologie des paysages socio-sanitaires en France. Paris: Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé; 1998.
8. Tonnellier F, Vigneron E. Géographie de la santé en France. Presses Universitaires de France - P.U.F. 1999. 1-24.
9. Besancenot JP, Salem G, Rican S, Jouglu E. Atlas de la santé en France. Vol 1 : Les causes de décès. *Ann Geogr* 2002;111:10.
10. Kervasdoue JD, Tonnellier F, Picheral H. Santé et territoire : Carnet de santé de la France 2004. Dunod; 2004. 41-51.
11. Trugeon A, Lemery B, Thomas N, Michelot F. Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton. 2 ed. Paris : Editions Masson; 2010.
12. Surault P. L'inégalité devant la mort : analyse socio-économique de ses déterminants. Paris : Economica. 1979; 140.
13. Lebas J, Chauvin P, Kouchner B. Précarité et santé. Paris: Flammarion 1998; 299.
14. Cambois E, Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. Paris : *Population* 2001;56:481-2.
15. Fassin D. Inégalités et santé. *Problèmes Politiques et Sociaux*, n° 960. Paris : La Documentation Française; 2009.
16. Ridde V. Les inégalités sociales de santé. *Écrits (Pierre Aïach)* 2010;26:540.

17. Vigneron E. Distance et santé la question de la proximité des soins. Paris: Presses universitaires de France; 2001.
18. Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. Rev Epidemiol Sante Publique 2007;55:23-30.
19. 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 - Légifrance.
20. Thouret E. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme. Thèse de médecine : Faculté de Clermont-Auvergne, 2019.
21. Monziols M, Chaput H, Verger P, et al. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? DREES. 2020.
22. Ohannessian R, Yaghobian S, Duong TA, et al. Letter to the Editor: France Is the First Country to Reimburse Tele-Expertise at a National Level to All Medical Doctors. Telemed J E Health 2021;27:378-81.
23. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, et al. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. Bull Acad Natl Med 2021;205:852-6.
24. Orlando JF, Beard M, Kumar S. Systematic review of patient and caregivers' satisfaction with telehealth videoconferencing as a mode of service delivery in managing patients' health. PLoS One 2019;14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31469865/>.
25. Jonathan A Smith. Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods. 3 ed. Londres : SAGE editor, 2007;2-30.
26. Forzy L, Titli L, Carpezat M, Verdier C. Accès aux soins et pratiques de recours Étude sur le vécu des patients. Les dossiers de la DREES. 2021; n° 77.
27. Kruse CS, Krowski N, Rodriguez B, et al. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. BMJ Open 2017;7:12-4.
28. Deshpande A, Khoja S, McKibbin A, Jadad AR. Real-time (synchronous) telehealth in primary care: systematic review of systematic reviews. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2008;100:27-1.
29. Atmojo JT, Sudaryanto WT, Widiyanto A, Arradini D. Telemedicine, cost effectiveness, and patients satisfaction: a systematic review. J Heal Policy Manag 2020;5:103-7.
30. Abrial Y, Azérad D. Satisfaction des médecins généralistes concernant leurs outils numériques : méritons-nous mieux ? Médecine 2021;17:168-74.
31. Herault T, Donio V, Courouve L, Caillard JB. Expérimentation de la télé-expertise en cardiologie en Pays de la Loire. Sante Publique (Paris) 2019;31:789-96.
32. Molinari G, Molinari M, Di Biase M, Brunetti ND. Telecardiology and its settings of application: An update. J Telemed Telecare 2018;24:373-81.
33. Hsieh JC, Li AH, Yang CC. Mobile, cloud, and big data computing: contributions,

- challenges, and new directions in telecardiology. *Int J Environ Res Public Health* 2013;10:6131.
34. Arinaga T, Suematsu Y, Nakamura A, et al. The effectiveness of mobile cloud 12-Lead electrocardiogram transmission system in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Medicina(Kaunas)* 2022;58:247.
 35. Vodička S, Naji HF, Zelko E. The role of telecardiology in dealing with patients with cardiac rhythm disorders in family medicine - Systematic Review. *Slov J Public Heal* 2020;59:108.
 36. Rat C, Hild S, Sérandour JR, Gaultier A, et al. Use of smartphones for early detection of melanoma: systematic review. *J Med Internet Res* 2018;20.
 37. May C, Giles L, Gupta G. Prospective observational comparative study assessing the role of store and forward teledermatology triage in skin cancer. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:736-9.
 38. García García M, Pau Valenzuela Mújica M, Martínez Ocaña JC, et al. Results of a coordination and shared clinical information programme between primary care and nephrology. *Nefrologia* 2011;31:84-90.
 39. Alamartine E, Thibaudin D, Maillard N, et al. Telemedicine: an unfruitful experience of tele-expertise in nephrology. *Presse Med* 2010;39:112-6.
 40. Tuot DS, Murphy EJ, McCulloch CE, et al. Leveraging an electronic referral system to build a medical neighborhood. *Healthc (Amsterdam, Netherlands)* 2015;3:202-8.
 41. Rea CJ, Wenren LM, Tran KD, et al. Shared care: using an electronic consult form to facilitate primary care provider-specialty care coordination. *Acad Pediatr* 2018;18:797-804.
 42. Molinari G, Valbusa A, Terrizzano M, et al. Nine years' experience of telecardiology in primary care. *J Telemed Telecare* 2004;10:249-53.
 43. Pappas Y, Atherton H, Sawmynaden P, Car J. Email for clinical communication between healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD007979
 44. Antoun J. Electronic mail communication between physicians and patients: A review of challenges and opportunities. *Fam Pract* 2016;33:121-6.
 45. Goyder C, Atherton H, Car M, et al. Email for clinical communication between healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD007979.
 46. Vimalananda VG, Meterko M, Waring ME, et al. Tools to improve referrals from primary care to specialty care. *Am J Manag Care* 2019;25:237-42.
 47. Sampson R, Barbour R, Wilson P. Email communication at the medical primary–secondary care interface: a qualitative exploration. *Br J Gen Pract* 2016;66:467-73.
 48. Gagnon MP, Duplantie J, Fortin JP. Exploring the effects of telehealth on medical human resources supply: A qualitative case study in remote regions. *BMC Health Serv Res* 2007;7:1-9.
 49. Gagnon MP, Duplantie J, Fortin JP, et al. Implementing telehealth to support medical practice in rural/remote regions: What are the conditions for success? *Implement Sci* 2006;1:1-8.

50. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care* 2007;19:349-57.
51. Wu S, Wyant DC, Fraser MW. Author guidelines for manuscripts reporting on qualitative research 2016;7:405-25.

ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-structuré

- Racontez-moi de la dernière fois que vous avez quitté l'île pour une consultation médicale...
- Comment cela se passe en pratique pour vous quand ça vous arrive ?
- Quelles sont les circonstances / situations / raisons pour lesquelles vous avez dû rentrer sur le continent pour une consultation ?
- Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés ?
- Ça vous arrive de renoncer à consulter en vue des inconvénients ?

- Que représente pour vous la télémédecine ?
- Quelles craintes ou hésitations avez-vous en envisageant une consultation à distance avec un spécialiste à l'aide d'un ordinateur au cabinet de médecine générale ?
- Relance : Y'a-t-il d'autres hésitations que vous identifiez ?
- Quels sont les avantages que vous identifiez ?
- Relance : Y'a-t-il d'autres intérêts que vous identifiez ?

TABLEAU 1 : Caractéristiques des participants

Entretien	Âge	Sexe	Durée entretien (min)
E1	72	Masculin	8
E2	79	Féminin	9
E3	65	Masculin	16
E4	75	Féminin	14
E5	79	Féminin	57
E6	59	Féminin	14
E7	62	Masculin	12
E8	35	Féminin	7
E9	32	Masculin	4
E10	50	Féminin	12
E11	63	Féminin	12
E12	58	Féminin	14
E13	59	Masculin	12
E14	84	Féminin	20
E15	79	Masculin	27

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Étude qualitative sur la perception de l'accès aux soins secondaires à l'île de Sein et le ressenti des patients sur le développement de la téléexpertise au cabinet de médecine générale.

RÉSUMÉ :

Contexte. L'accès aux soins de la population constitue un enjeu incontournable des politiques de santé actuelles. Cette problématique est surtout mise en rapport avec l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire qui ne permettrait pas en certains endroits de répondre à la demande de soins. Encadré par la loi depuis 2009 et remboursé par l'assurance maladie depuis 2018, la télémedecine a connu un déploiement important aussi en relation au possible rôle d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires plus isolés.

Objectif. Explorer le ressenti des habitants de l'île de Sein, en situation d'éloignement géographique, face aux contraintes d'accès aux soins secondaires et le rôle perçu de la téléexpertise au cabinet de médecine générale comme développement possible.

Méthodes. Étude qualitative conduite par entretiens semi-dirigés auprès de 15 habitants de l'île de Sein entre juin et juillet 2021. Une analyse phénoménologique interprétative a été menée.

Résultats. Les iliens interviewés avaient des difficultés d'accès physique et/ou financiers aux soins secondaires. Ils ont exprimé leurs ressentis de ces difficultés, les conséquences sur les retards de prise en charge et de renoncement aux soins et les stratégies mises en place pour y répondre. Sur la téléexpertise au cabinet de médecine générale, ils ont exprimé leur ressenti et spécifié les conditions d'utilisation, les limites et les aspects positifs et négatifs.

Conclusions. Les difficultés d'accès aux soins apparaissaient répandues parmi les participants et complexifiée par d'autres facteurs de fragilité comme l'âge, les pathologies et la condition sociale. La téléexpertise était perçue avec enthousiasme surtout en lien avec l'accompagnement du médecin traitant. La présence du médecin traitant lors du premier contact avec le professionnel de deuxième recours était perçue comme susceptible d'améliorer le parcours de soins : délai de rendez-vous adapté au niveau d'urgence, meilleure préparation de la consultation et réduction des déplacements superflus.

MOTS CLES :

DIFFICULTE D'ACCES AUX SOINS

SOINS SECONDAIRES

TELEMEDECINE

TELEXPERTISE

The perception of access to secondary care on the Ile de Sein and patients' feelings about the development of tele-expertise in general practice: a qualitative study.

SUMMARY:

Context. Access to care for the population is a key issue in current health policies. This problem is mainly related to the unequal distribution of health professionals on the territory which would not allow in certain places to meet the demand for care. Telemedicine has been regulated by law since 2009 and reimbursed by the health insurance system since 2018. It has also been widely deployed in relation to its possible role in improving access to care in the most isolated areas.

Aim. To explore the feelings of the inhabitants of the island of Sein, in a situation of geographical remoteness, regarding the constraints of access to secondary care and the perceived role of tele-expertise in the general practice as a possible development.

Methods. Qualitative study conducted by means of semi-structured interviews with the inhabitants of the island of Sein between June and July 2021. An interpretative phenomenological analysis was conducted.

Results. The 15 islanders interviewed during this study made it possible, first of all, to note, through the analysis of their discourse, the difficulties of physical and financial access to secondary care. Their feelings about this difficulty, the consequences in terms of delays in treatment and renunciation of care as well as the strategies put in place to deal with them emerged. Secondly, we investigated the feelings about the possible use of tele-expertise in general practice, allowing us to better characterize the possible criteria for use, the limits and the aspects perceived as positive or negative by the island's inhabitants.

Conclusions. The phenomenon of difficulty in accessing care appeared to be widespread among the participants and was complicated by other factors of fragility such as age, pathologies, and social condition. The tele-expertise was perceived with enthusiasm, especially in relation to the support of the GP.

KEYWORDS:

DIFFICULTY TO ACCES TO CARE

SECONDARY CARE

TELEMEDICINE

TELE-EXPERTISE

