



HAL
open science

Réseau de téléconsultation de médecine générale dans le cadre d'un centre de traitement des appels : exemple de la Région PACA en 2022

Pierre-François Macary

► To cite this version:

Pierre-François Macary. Réseau de téléconsultation de médecine générale dans le cadre d'un centre de traitement des appels : exemple de la Région PACA en 2022. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03889707

HAL Id: dumas-03889707

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03889707>

Submitted on 8 Dec 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Réseau de téléconsultation de médecine générale dans le cadre d'un centre
de traitement des appels : exemple de la Région PACA en 2022**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 29 Novembre 2022

Par Monsieur Pierre-Francois MACARY

Né le 8 juin 1989 à Nimes (30)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT**2020**

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020**2022**

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 DEVILLIER Raynier (PU PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 LOOSVELD Marie (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 BOISSIER Romain (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX

Merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

À Monsieur le Professeur Christophe BARTOLI, à Monsieur le Docteur Jean-Charles DUFOUR

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Marie-Agnès MARTIN-SAVELLI, ma directrice de thèse.

Pour ton accueil simple, ton écoute et tes propositions ; pour ton soutien et tes précieux conseils. Pour ta disponibilité en tous temps et en tous lieux, au long de ce travail de thèse. Pour m'avoir permis d'y croire : merci du fond du cœur.

Aux Docteurs Marc FOURNIER et Issam BADAOUÏ, ainsi que Madame Jessica LECONTE du Samu 83 pour leur accueil et leurs conseils.

Aux médecins qui ont accepté de me partager leur expérience et leur ressenti.

À tous ceux qui m'ont aidé dans l'approche et la réalisation de mes travaux universitaires, tout spécialement mes parents, Pauline, Marie Sibour, Anne-Cécile, Marie Geyer.

Aux relecteurs qui se sont prêtés au jeu des (nombreuses) erreurs orthographiques et syntaxiques: Patrick, Sophie-Anne, Marie Macary, Jean, Marie Geyer, Clémence, Alexandre, Hortense Cuignet, Louise et Charles.

A mes parents, mon frère et mes sœurs. Pour toutes ses expériences de vie qui ont forgé notre famille, votre soutien et nos échanges au long de ces années. Tout particulièrement, Papa et Maman : votre attention toujours prévenante, les valeurs et vertus que vous m'avez transmises par votre exemple, vos conseils ainsi que votre aide dans la réflexion sur d'innombrables sujets.

À tous mes amis, pour nos échanges, nos expériences communes et nos aventures humaines de qualité, rappelant que la vie ne se résume pas à la médecine.

Plus particulièrement, à mes amis médecins depuis l'externat, à travers l'internat et jusqu'à ce jour : Pauline, Anne-Cécile, Marie Geyer, Constance, Marie-Ombeline, Blandine, Marie et Julien, Anne-Catherine, Dominique, Anne-Laure, Clémence, Matthieu, Hubert, Albin, Véronique, Pierre-Yves et Marie-Amélie... Pour leur soutien dans le labeur et ses amitiés ayant éclairé ces longues années d'apprentissage et de service. A nos groupes d'échanges enrichissants sur les aspects pratiques de la médecine générale dans nos remplacements, les réflexions sur le plan éthique, mais aussi sur l'avenir de notre profession.

Aux équipes de soignants qui m'ont accueillis lors de mes différents stages. En particuliers, les Docteurs Dominique POGGI et Dominique RAMIS qui m'ont permis de découvrir les multiples facettes et la réalité de la médecine générale en milieu rural, à travers nos échanges et les expériences de terrain.

Aux médecins que j'ai pu remplacer et leur accueil bienveillant ; aux secrétaires compétentes pour leur travail de l'ombre.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
LIMINAIRE	3
PARTIE I – INTRODUCTION : EXPOSITION ET PROBLEMATIQUE	5
A – LA TELEMEDECINE, AU CŒUR DE LA SANTE NUMERIQUE	5
1 – Une problématique qui dépasse les frontières	5
2 – La télémédecine en France, une problématique aux multiples dimensions	7
2/a – Un cadre général en forte évolution depuis deux décennies	7
2/b – Un cadre législatif et normatif qui se consolide	9
2/c – Un cadre éthique et déontologique qui prend forme	12
2/d – De nombreux acteurs et une logique de territoire, applications en région PACA	15
B – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE METROPOLITAINE	18
1 – État des lieux des soins primaires, des défis à relever	18
2 – La place du médecin généraliste	19
3 – Les déserts médicaux et la démographie médicale	19
4 – Un accroissement de la demande de soins et une attractivité limitée de la spécialité	21
5 – La télémédecine, une part importante de la solution	22
6 – La télémédecine : plus-value en soins premiers	23
C – LA TELECONSULTATION, ACTUALITE ET ETUDE DE CAS DANS LE CADRE DES SOINS PRIMAIRES EN REGION PACA	24
1 – Téléconsultation et pandémie Covid-19 : une crise sanitaire à l'origine de l'accélération de l'expansion des téléconsultations en France	24
2 – Un support d'étude : le dispositif de téléconsultation intégré au Centre de traitement des appels (CTA) du Var	26
3 – Problématique et objectifs	29
PARTIE II - ENQUETE : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	31
A – MATERIEL ET METHODE	31
1 – Introduction	31
2 – Recherche bibliographique	31
3 – Objectifs de l'étude	32
4 – Type d'étude	32
5 – Population de l'étude	32
6 – Entretiens	33
B – RESULTATS	35
1 – Description de la population	35
2 – Entretien avec les médecins	35
3 – Analyse des données recueillies au cours des entretiens avec les médecins téléconsultants	35
3-a/EXPERIENCE ET FORMATION	35
3-b/RAISONS AYANT AMENE A PRATIQUER LA TELECONSULTATION VIA LE SAMU	36
3-c/COHERENCES LEGALE ET DEONTOLOGIQUE	38
3-d/POINTS NEGATIFS	38
3-e/ASPECTS FONCTIONNELS, POSITIFS	41
3-f/DEVENIR DU DISPOSITIF	43
3-g/PISTES D'OPTIMISATION, AIDE AU RECRUTEMENT	44
4 – Analyse des données recueillies au cours des entretiens avec les médecins régulateurs	46

4-a/PRATIQUE QUOTIDIENNE & RECOURS	46
4-b/CRITERES DE REGULATION.....	47
4-c/ASPECTS FONCTIONNELS ET AVANTAGES PERÇUS.....	48
4-d/POINTS NEGATIFS	49
4-e/PISTES D'AMELIORATION.....	52
PARTIE III – DISCUSSION.....	56
A – FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	56
1 – Forces de l'étude	56
2 – Limites de l'étude.....	57
B – SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	58
1 – Nombre de téléconsultations : un recours trop limité pour en faire un mode de traitement des urgences attractif, quelles solutions ?.....	58
2 – Gestion de la régulation : articulation médecine de ville et médecine d'urgence, des fragilités à surmonter.....	59
3 – Gestion de la téléconsultation : un renforcement indispensable de la maîtrise des outils et procédures propres à la téléconsultation	60
4 – Recrutement des téléconsultants : un dispositif novateur qui s'inscrit dans un monde médical en mutation, un essai à transformer	61
5 - Population générale : le patient, un acteur à part entière de cette dynamique	61
6 – Avis sur le positionnement du système : des mesures d'ordre organisationnel à évaluer	62
7 – Prolongation des travaux : pour aller plus loin dans le cas d'une généralisation du dispositif.....	63
CONCLUSION.....	64
BIBLIOGRAPHIE	66
ABREVIATIONS	76
ANNEXES.....	78
<i>QUESTIONNAIRE.....</i>	<i>79</i>
<i>TALON SOCIOLOGIQUE.....</i>	<i>80</i>
<i>FIGURES.....</i>	<i>81</i>
<i>ANNEXE 1 : EXPERIMENTATION « ETAPES »</i>	<i>82</i>
<i>ANNEXE 2 : STRATEGIE NATIONALE DE SANTE</i>	<i>84</i>
<i>ANNEXE 3 : CADRE NORMATIF ET DEFINITIONS DETAILLEES.....</i>	<i>88</i>
<i>ANNEXE 4 : AVENANT N°6 CAS DE LA TELECONSULTATION.....</i>	<i>93</i>
<i>ANNEXE 5 : DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE EN REGION PROVENCE-ALPES-CÔTES D'AZUR.....</i>	<i>97</i>
<i>ANNEXE 6 : ACTUALITES TELEMEDECINE EN SOINS PREMIERS.....</i>	<i>100</i>
SERMENT D'HIPPOCRATE	104
RESUME	105

LIMINAIRE

"Si notre système de santé reste l'un des plus performants au monde, il est confronté à de nouveaux défis. (...) Nous devons entièrement repenser notre système de santé en se fixant une seule exigence : mettre le patient au centre et garantir à tous les Français une meilleure prévention et un accès à des soins de qualité."

Emmanuel Macron, Président de la République,
18 septembre 2018.

C'est par une impulsion de la plus haute autorité de la République qu'ont été lancés en 2018 neuf chantiers et un projet de loi, « *Ma santé 2022* » (1), visant à transformer notre système de santé pour répondre aux attentes et aux contraintes des patients et des professionnels de santé (2). Ce document est constitué d'un d'ensemble d'actions concrètes dont la mise en œuvre d'une stratégie de transformation du système de santé.

Voulu notamment pour traiter la problématique d'accès aux soins primaires, des déserts médicaux, la difficulté d'un recours à un avis spécialisé en ville, les chantiers prioritaires visent à décroquer l'organisation du système de santé et à prendre en compte le fait numérique.

L'hybridation des systèmes, hôpital, médecine de ville, structures d'accès aux urgences / soins primaires fait ainsi partie des solutions qui se mettent en œuvre sous des formes variées.

L'usage quotidien de la télémédecine (3), sous ses différentes formes (téléexpertise, téléassistance, télésurveillance médicale, téléconsultation), constituent également un des axes prioritaires de développement de ce nouveau système (4–6). La téléconsultation notamment est devenue d'un usage courant en médecine générale. Ce dispositif se développe également pour faire face à l'augmentation des déserts médicaux, conjuguée avec le vieillissement de la population. Dans ce contexte l'un des rôles du médecin généraliste est théoriquement de pouvoir accueillir et / ou gérer des soins non programmés, en s'insérant dans le maillage global de la prise en charge des urgences, notamment via une présence en Centre de Traitement des Appels (CTA).

Les mesures prises au niveau politique (7), dont le Ségur de la Santé, mais aussi et surtout la crise covid ont accéléré la mise en œuvre de nouvelles pratiques (8–10). A titre d'exemple le nombre de téléconsultations remboursées est passé de 140 000 en 2019 à 18 millions d'actes en 2020.

Compte tenu de la diversité des territoires tant au plan médical et sociologique, qu'au plan géographique, elles nécessitent une déclinaison de la politique nationale à l'échelon régionale. Les agences régionales de santé et l'ensemble des organismes et professionnels de santé se sont donc impliqués. De nombreux projets innovants ont été initiés.

L'étude « Réseau de téléconsultation de médecine générale dans le cadre d'un centre de traitement des appels : exemple de la région PACA en 2022 », est au croisement des problématiques de décloisonnement des organisations et d'usage des nouvelles technologies (11). Il s'appuie sur une expérimentation mise en œuvre par le CTA PACA, depuis janvier 2022, a mis en place un dispositif dans lequel le médecin généraliste assurant la gestion des consultations relevant de son expertise met en œuvre directement depuis son cabinet ou son domicile un logiciel de téléconsultation.

L'étude se propose donc, après une exposition globale des enjeux ainsi que la présentation de ce système, d'en évaluer le fonctionnement du point de vue des médecins (point de vue des régulateurs, et celui des médecins réalisant après régulation les téléconsultations), en vue d'aider à une pérennisation. Il s'agit éventuellement de relever les bénéfices qui pourraient conduire à une généralisation (désengorgement plateforme d'appel, diminution passage aux urgences, satisfaction patients...).

PARTIE I – INTRODUCTION : EXPOSITION ET PROBLEMATIQUE

L'évaluation du dispositif expérimental étudié ne peut se comprendre sans prendre en compte les différentes dimensions des évolutions en cours et leurs sources. Il s'agit donc de mettre en lumière le cadre général, international puis national, en explorant toutes ses dimensions qu'il s'agisse des domaines touchés, qualité des soins, techniques, sociaux, économiques, sociologiques (PARTIE I), puis de décrire les enjeux plus particuliers des soins primaires et le rôle des médecins généraliste (PARTIE II), afin d'aboutir dans un troisième temps à la mise en lumière des enjeux de l'expérimentation en cours dans la région PACA (PARTIE III).

A – LA TELEMEDECINE, AU CŒUR DE LA SANTE NUMERIQUE

1 – Une problématique qui dépasse les frontières

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est emparée du sujet de la santé numérique depuis de nombreuses années, définissant et encadrant l'émergence des nouveaux concepts et de nouvelles pratiques apparus avec l'explosion des technologies numériques.

Une première définition officielle de la télémédecine est promulguée par l'OMS en 1997 : Il s'agit de « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* (12). » Elle appartient elle-même au domaine de la e-santé, aux côtés de la télé-éducation, l'accès à la littérature scientifique et aux connaissances médicales disponibles sur internet.

« Dans le but d'améliorer l'accès aux soins et l'éducation sanitaire des populations des pays développés et en voie de développement, l'OMS mettait en place dès 1997 une politique de télématique sanitaire (13) visant à favoriser l'utilisation des TIC pour la santé et la formation des professionnels de santé (14).

En 2012, l'Union Internationale des Télécommunications (UIT) publiait en partenariat avec l'OMS, un guide pratique concernant les stratégies nationales, ceci afin de répondre aux besoins des différents pays cherchant à développer ces systèmes (15). Plusieurs services de e-santé ont vu le jour notamment en Afrique : déploiement des téléconsultations pour le suivi des mères et des enfants (16), développement d'applications mobiles en vue de la couverture universelle des soins (17), renforcement de l'accès aux soins (18).

Plus récemment, l'OMS s'est fondée sur le consensus de la communauté sanitaire mondiale pour prendre en compte le fait que l'utilisation des technologies numériques serait un facteur essentiel pour atteindre son objectif du « triple milliard », soit un milliard de personnes supplémentaire bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être, figurant dans son treizième programme général de travail 2019-2023.

Dans cette perspective l'assemblée mondiale de la santé a adopté en 2020 une « Stratégie mondiale de ma santé 2020-2023 » dans sa décision WHA 73 (2020) qui comporte un certain nombre de principes directeurs et de mesures que les pays membres sont encouragés à mettre en œuvre. En lien avec son rapport sur la stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 (19).

Cette nouvelle stratégie précise les définitions socles de ces domaines en évolution continue. On distingue maintenant :

La santé numérique : le domaine des connaissances et des pratiques associées au développement et à l'utilisation des technologies numériques pour améliorer la santé. La santé numérique élargi le concept de cybersanté pour inclure les consommateurs numériques, avec éventail plus large d'appareils intelligents et de matériels connectés. Il englobe également d'autres utilisations des technologies numériques pour la santé, comme l'internet des objets, l'intelligence artificielle, les méga données et la robotique.

La cybersanté : utilisation rentable et en toute sécurité des technologies des informations et de la communication à l'appui de la santé et des domaines connexes, y compris les services de

soins de santé, la surveillance de la santé, la documentation sur la santé et l'éducation, les connaissances et la recherche en matière de santé.

La télémédecine : la prestation de services ou de soins de santé où la distance est un facteur critique, par tous les professionnels de la santé en utilisant les technologies de l'information et de la communication pour l'échange d'informations valables pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies et traumatismes, la recherche et l'évaluation, et la formation continue des agents de santé, dans le but de faire progresser la santé des personnes et des communautés.

2 – La télémédecine en France, une problématique aux multiples dimensions

2/a – Un cadre général en forte évolution depuis deux décennies

En France, en 2004, la loi n°2004-810 dans l'article 32 (20), a défini pour la première fois la télémédecine comme un acte médical à distance : « la télémédecine permet entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical. »

En 2008 un rapport de la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins (3) préconisait un engagement politique vis-à-vis de la télémédecine clairement annoncé aux professionnels de santé et à la population, d'en élargir le champ de développement, un développement prioritaire dans les territoires isolés, la mise en œuvre des environnements technologiques favorisant le déploiement de la télémédecine dans certaines régions. Il recommandait la mise en place d'un cadre juridique, afin de définir et délimiter les actes de télémédecine, et d'en favoriser la mise en œuvre.

La loi portant Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (21) fixe un premier cadre et définit les actes de télémédecine dans son article 78 : « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel*

médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

Le décret d'application n° 2010-1229 attendant, en date du 19 octobre 2010 (22), définit clairement les actes de la télémédecine, et précise les conditions de réalisation : nécessité d'un consentement éclairé du patient, authentification des médecins et des patients, compte rendu de l'acte notamment. Ils sont au nombre de cinq : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance médicale et régulation médicale. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a émis dès 2011 un guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine (23). La Haute Autorité de Santé (HAS) pour sa part a effectué des recommandations et diffusé une grille de pilotage et sécurité projet télémédecine en 2013 (24).

La première concrétisation à grande échelle fut un programme expérimental de télémédecine dénommé « Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé » (ETAPES) (25). Il s'agissait d'un programme limité à des patients atteints de pathologies chroniques. Ce programme concerne la téléconsultation (26), la téléexpertise et la télésurveillance. En 2018, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a reconduit ETAPES pour une durée de 4 an (confère ANNEXE 1 « Expérimentation ETAPES ») (27).

Après dix années d'expérimentation, les recommandations du rapport de la direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins se concrétisent le 15 septembre 2018 avec notamment l'accessibilité sur tout le territoire de la téléconsultation, mais aussi par une place importante dans la définition de la stratégie de santé nationale 2018- 2022. Cette stratégie de transformation du système de santé publiée le 13 février 2018 s'articule avec le plan d'égal accès aux soins dans les territoires (6) et plus globalement, tout comme ce dernier, avec la stratégie nationale de santé pour les régions (confère ANNEXE 2 « STRATEGIE DE SANTE ») (5,11).

Le bilan de la feuille de route en santé publié le 23 juin 2022 (7) présente les chiffres illustratifs de cette phase de développement. La crise covid a provoqué une accélération de ces usages. Le nombre de téléconsultations remboursées est passé de moins de 140 000 en 2019 à 18 millions d'actes en 2020. Les téléconsultations ont ainsi représenté jusqu'à 28 % de l'ensemble des consultations réalisées en avril 2020. Au total, près de 70 % des médecins généralistes ont réalisé des téléconsultations en 2020, et 15 % des Français en ont bénéficié.

2/b – Un cadre législatif et normatif qui se consolide

La loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) a constitué un premier socle de nature législative pour toutes les transformations qui ont suivies. Le décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 (22) a précisé les premières définitions qui servent encore de référence.

La télémédecine se subdivise ainsi en cinq catégories :

- la téléconsultation : consultation à distance d'un médecin,
- la téléexpertise : sollicitation à distance de l'avis d'un autre médecin,
- la télésurveillance : surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance,
- la téléassistance : assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte,
- la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale

Figure 1 – Relations entre les trois principaux actes médicaux de télémédecine :

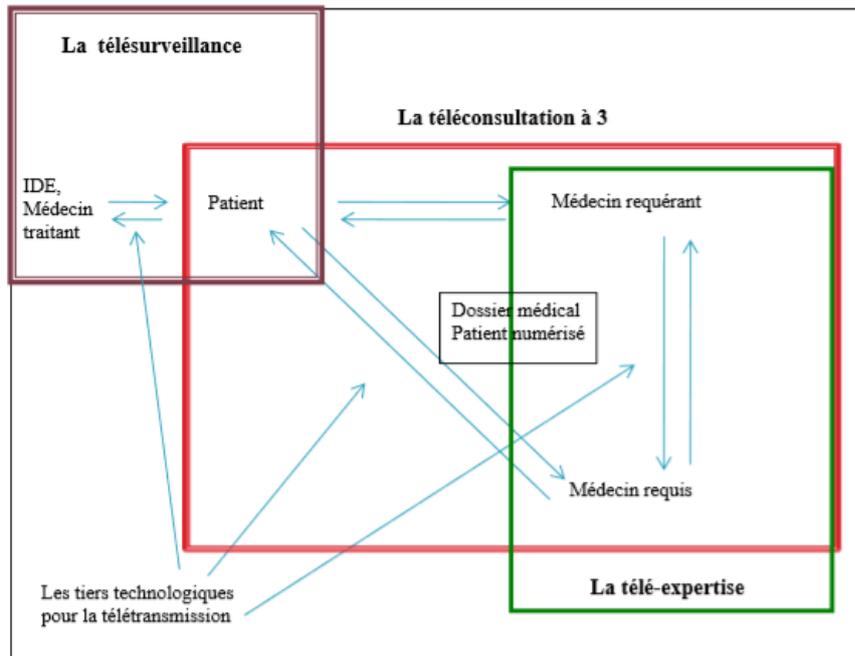


Figure 1 : Résumé des obligations qui unissent les différents acteurs intervenant au cours des trois principaux actes médicaux de télémédecine (cadre marron pour la télésurveillance, cadre rouge pour la téléconsultation, cadre vert pour la télé-expertise).

-Téléconsultation

« La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical (médecin, infirmier) de donner une consultation à un patient à distance par l'intermédiaire des technologies de la communication et d'information ». Cet acte est réalisé en direct à distance via le moyen de communication choisi et permet au médecin de fournir une évaluation globale du patient menant à une prise en charge adaptée et acceptée par le patient. Une infirmière ou aide-soignante peut être présente lors de l'acte pour aider à l'élaboration du diagnostic.

-Téléexpertise

La téléexpertise est le produit « d'un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques et/ou biologiques qui figurent dans le dossier médical d'un patient » (28). Ainsi à la différence de la téléconsultation, il ne s'agit pas d'un patient mais de plusieurs professionnels de santé. La sollicitation d'un expert médical permet de garantir au patient une prise en charge de qualité. Elle nécessite la mise en commun du dossier médical électronique ou le partage de résultats de biologie, d'imagerie ou encore de sons.

-Télésurveillance médicale

« Elle permet de suivre et d'interpréter à distance [...]un ou plusieurs indicateurs physiologiques nécessaires au suivi médical d'un patient » (28). Elle doit être différenciée de la télé assistance sociale qui peut la compléter, et qui met en œuvre des moyens ou services à la personne afin de sécuriser une mission. On retrouve par exemple les tapis avertisseurs de chute, les téléalarmes... Les exemples de télésurveillance médicale sont nombreux. On peut citer les dispositifs médicaux de télésurveillance des appareils respiratoires pour les patients utilisant des Ventilations Non Invasives (VNI), les capteurs de surveillance glycémique... Actuellement, seuls les patients en Affection de Longue Durée (ALD) résidant en structure médicosociale ou à domicile, peuvent en bénéficier.

-Téléassistance médicale

Il s'agit de « permettre à un professionnel médical d'assister techniquement à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte » (21). Dans ces conditions et jusqu' aujourd'hui, la médecine générale semble peu concernée par ce dispositif. La télé-chirurgie entre dans ce cadre : un expert peut guider à distance un jeune chirurgien à distance ou réaliser lui-même l'intervention par robotique. C'est le cas par exemple du robot de neurochirurgie « Rosa » - où un radiologue d'un centre de télé-imagerie peut assister un manipulateur d'électroradiologie situé dans un autre espace de radiologie pour la réalisation des examens et clichés sans déplacer le patient.

-Réponse médicale et régulation médicale

Il s'agit simplement de l'activité de télé régulation effectuée par les SMUR et centres 15 afin de répondre aux demandes médicales urgentes 24h/24h, comme défini par l'article L.6311-2 du Code de la Santé Publique (CSP) (29).

Le code de la santé publique rassemble aujourd'hui de nombreux textes législatifs ou réglementaires qui illustrent bien la multiplicité des aspects de la mise en œuvre de la télémédecine, la sécurité des soins et qualité des actes, l'obtention du consentement éclairé

les référentiels de sécurité et d'interopérabilité, et les honoraires des médecins (confère ANNEXE 3 « Cadre normatif et réglementaire, définition détaillée des actes »).

Aux dispositions du code de la santé publique il convient d'ajouter l'ensemble des préconisations du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

La normalisation des actes de télémédecine s'est traduite également par la prise en charge dans le droit commun des actes médicaux par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) via à l'arrêté du 1^{er} août 2018 (30), en lien avec l'avenant n°6 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ; ainsi que par son décret d'application du 13 septembre 2018 (31). Elle est étendue et ouverte à toute spécialité médicale, quel que soit le lieu ou le mode d'exercice, le secteur conventionnel ou bien la place dans le parcours de soins (confère ANNEXE 4 « AVENANT N° 6 »).

2/c – Un cadre éthique et déontologique qui prend forme

L'éthique médicale peut être définie comme un ensemble de règles de conduite des professionnels de santé vis-à-vis de leurs patients. Elle participe à la fois de la déontologie, de la science, et de la morale. L'éthique est associée à la déontologie basée sur les principes de justice, d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance (4 piliers fondamentaux).

Dès les débuts de la pratique de la télémédecine, de nombreuses craintes et doutes furent formulés quant à ses évolutions et conséquences. Dans une notice d'information de 2015 (32), l'Académie de Médecine évoquait par exemple : risque de déshumanisation de la médecine par l'éloignement entre le patient et son médecin, utilisation abondante des outils informatiques faisant craindre un manque d'empathie du médecin envers le patient, perte du statut de médecin traitant dans le parcours de soins...

L'usage des outils numériques facilite la réalisation de nombreuses tâches liées à l'exercice de la médecine, mais il crée de nouveaux risques notamment en matière de partage des données. Il est alors nécessaire de garantir une transparence dans le fonctionnement, d'induire et d'entretenir une confiance des acteurs au premier rang desquels les patients (33).

Dans le cadre d'une campagne de communication « *Pour ma santé, je dis oui au numérique* » organisée par la cellule éthique de la Délégation ministérielle au Numérique en Santé, ont été réalisés des Ateliers Citoyens du numérique en santé. Il en était alors ressorti que nombre d'entre eux étaient toujours hésitants à l'idée d'adopter le réflexe numérique pour leur santé. Les raisons étaient de trois ordres :

- Un manque de connaissance du numérique en santé et des bénéfices qu'il apporte aux citoyens dans leur parcours de soins
- Une crainte quant à la sécurisation effective des données de santé et la possibilité d'une exploitation non anonymisée ou à l'insu des personnes concernées
- Des conditions inadéquates de formation aux outils numériques de l'ensemble des acteurs, d'équipement et/ou de couverture du réseau.

A la lumière des premières expérimentations de nombreuses questions se posent : Comment assure-t-on la confidentialité des données personnelles ? Quelles sont les conséquences d'une relation médicale par les « tiers technologiques » ? Quelle est la viabilité des nouveaux types de collaborations entre patient-médecins et prestataires ? Quels risques pour les acteurs de la santé dans un environnement marqué par les attraits commercial et économique ?

Afin d'apporter des réponses à ces questions, seize principes européens pour l'éthique du numérique en santé (34) ont été adoptés le 26 janvier dernier par les États membres de la Commission Européenne. Le premier principe affirme que le numérique en santé complète et optimise les pratiques de santé effectuées en présentiel. Suit le deuxième principe, disposant que les personnes sont informées des bénéfices et des limites du numérique en santé.

Les travaux ne sont néanmoins pas terminés car le « big data » et le développement de l'intelligence artificielle en santé constituent de nouveaux défis. Cela « *nécessite d'en évaluer l'impact dès la conception des outils et pendant leur utilisation* » selon Jérôme Béranger, directeur général d'ADELIAA et chercheur associé Cerpop-Inserm, conforté par une étude de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP « Numérique et santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ? ») (35).

Quels impacts sur les règles déontologiques ?

Le serment d'Hippocrate (36) demeure l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale. Toutefois il nous faut considérer maintenant que le numérique en santé « transforme les parcours de soins et bouscule ce qui fait la relation médecin-patient, le secret médical, le respect de la dignité humaine, l'indépendance des professionnels de santé ...» Dr Anne-Marie Trarieux (présidente de la section Ethique et déontologie du CNOM) (37).

Aussi des articles et commentaires du code de déontologie ont été modifiés. Ils portent sur l'information du public (n°13), le commerce et interdictions (n°19), la communication professionnelle (N°19-1), l'usage du nom et de la qualité de médecin (n°20), la fixation des honoraires (n°53), le libellé des annuaires (n°80) et des annonces (n°82).

D'autres articles (n°60 : appel à un consultant ou spécialiste, n°64 : exercice collégial) et commentaires (n°4 : secret professionnel, n°5 : indépendance professionnelle, n°6 : libre choix du médecin par le patient, n°8 : liberté de prescription, n°33 : diagnostic) sont identifiés comme pouvant intégrer des considérations sur le numérique en santé.

Ces règles plus spécifiques (38) rejoignent les recommandations émises par le Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) (34), sur le plan de la pratique médicale (39):

- Les droits des patients restent identiques à tout acte de médecine en présentiel ;
- Pas de consultation d'annonce par téléphone ou téléconsultation (« non indications ») ;
- Informer patient sur modalité techniques et recueil consentement
- Non-conservation des vidéos
- Veiller à sécurisation des moyens utilisés pour la vidéo transmission et communication & transmission de documents pendant et à l'issue
- Interdiction toute publicité à caractère commercial pour des offres de soins (CSP)

Parallèlement de nouveaux chantiers sont en cours. En cause, la loi du 30 juillet 2020 ayant levé le secret médical en cas de danger immédiat pour les victimes de violences conjugales ; le décret du 24 décembre 2020 qui a revu les règles pour la communication

professionnelle des médecins ; ou encore la loi du 4 août 2021 sur le cadre éthique du traitement algorithmique des données massives en santé...

2/d – De nombreux acteurs et une logique de territoire, applications en région

PACA

Le caractère multifactoriel de la transformation du système de santé notamment par la multiplication des pratiques et des outils numériques génère par voie de conséquence un nombre très élevé de parties prenantes relevant des sphères politiques, administratives (au niveau centrale ou régionale, métiers, sociaux, médicaux, publiques, privées, associatives) (40). Si l'on écarte le niveau politique non spécifique au milieu de la santé, il convient de citer notamment la Haute Autorité de Santé (HAS), la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), l'Académie Nationale de Médecine mais aussi des acteurs nouveaux comme la Délégation Ministérielle au Numérique en Santé (DMNS), l'Agence du Numérique en Santé, la société française de la santé digitale, ainsi que l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI).

A cette liste non exhaustive d'autorités nationales, il faut ajouter des représentants, fédérations et syndicats d'effecteurs de soins et d'usagers, des industriels et divers opérateurs publics.

La plupart de ces organismes disposent d'une déclinaison de leur fonction au niveau territorial. Il convient ici de citer les principaux : les Agences Régionales de la Santé (ARS), les Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS), les Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

Afin d'atteindre les objectifs de la stratégie de santé au niveau national il a été clairement précisé dès le rapport de 2008 et souligné en 2018, l'importance du rôle des acteurs au sein des territoires, au premier rang desquels les agences régionales de santé. Chaque ARS élabore une stratégie et des objectifs à atteindre (41) en terme de système d'informations de santé et de télémédecine. Pour plus de souplesse et favoriser le

déploiement, le projet de télémédecine doit faire l'objet d'une contractualisation entre le porteur de projet et l'ARS afin de pouvoir prendre en charge des patients.

Application en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (détaillé en ANNEXE 4)

En **région PACA**, des actions ont été conduites dès 2017 (42) afin de contribuer à l'accélération du développement de la télémédecine en PACA, en lien avec la stratégie de transformation du système de santé (11). L'ARS a notamment lancé dès 2017 un appel à projet pour accélérer le développement de la télémédecine dans la région. Huit projets ont été retenus. Un plan a été également mis en place pour l'accès territorial aux soins égal à tous. Par exemple, des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont été créés dans les Hautes-Alpes, soit 6 en date du 20 décembre 2019, ayant vocation à accueillir la télémédecine (43).

Par ailleurs, un schéma directeur régional des systèmes d'information de santé et une feuille de route ont été approuvés en mars 2019 (44), dont les principaux enjeux étaient de créer un Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) pour chaque professionnel, développer les outils numériques et la télémédecine pour coordonner les parcours de santé, et renforcer la sécurité des systèmes d'information de santé.

Afin de mettre en œuvre la stratégie régionale d'e-santé et en conduire les projets notamment en termes de socle numérique en santé, d'urbanisation, d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur s'appuie sur le GRADeS PACA, appelé ieSS (pour innovation e-Santé Sud), qui fournit des solutions numériques de e-santé à tous les acteurs de la région (45). L'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 définit les missions du GRADeS PACA (46) ainsi que leur déclinaisons concrètes.

Pour l'ancien directeur de l'ARS, M. Philippe de Mester, le rôle du GRADeS/ieSS est essentiel en matière d'appui de l'ARS dans les domaines de « *l'usage du numérique pour les échanges et le partage d'information auprès de l'ensemble des acteurs de santé* » (47), ainsi que dans le domaine de la cybersécurité.

En 2021 les grands chantiers (47) ont concerné la Sécurité, l'ENRS, l'e-parcours, l'ESMS numérique et l'Identité nationale de santé. Dans ce rapport 2021 d'activité du GRADeS, il est

également mis en avant les premiers usages de la plateforme numérique e-parcours nommée AZUREZO, qui comporte une messagerie instantanée sécurisée (1000 utilisateurs fin 2021) et un module coordination (dossier de coordination usager).

D'autres acteurs interviennent pour accompagner le développement de cette santé numérique comme par exemple l'URPS ML PACA qui met à la disposition de tous les médecins libéraux de la région SUD un outil de téléexpertise gratuit pour les circuits de dermatologie et de cardiologie (48).

Le caractère critique des relations des hôpitaux avec la médecine de ville a été souligné dans le rapport de 2017 (49). C'est un facteur important d'amélioration de la qualité des soins tant sur le plan de l'offre que sur le plan économique.

En région PACA, le projet étudié dans le cadre de ce travail - d'association des médecins de ville avec les médecins régulateurs – contribue directement à cette nouvelle organisation du système de santé et s'inscrit dans la stratégie nationale et régionale de télémédecine.

B – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES SOINS PRIMAIRES EN FRANCE METROPOLITAINE

1 – État des lieux des soins primaires, des défis à relever

Une première définition par l’OMS date de 1978, qui explicite les soins primaires comme étant « *des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays* ». Par la suite, leur importance au sein des systèmes de santé a été réaffirmée lors de la déclaration d’Astana (50).

De son côté, la France a officialisé les missions attribuées au médecin généraliste dans le Code de la Santé Publique en 2009 (21). Elles comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et son suivi, la dispensation et l’administration des médicaments, produits et autres dispositifs médicaux, et le conseil pharmaceutique. Lors de l’internat de médecine générale, elles sont souvent résumées par un schéma en cinq champs :

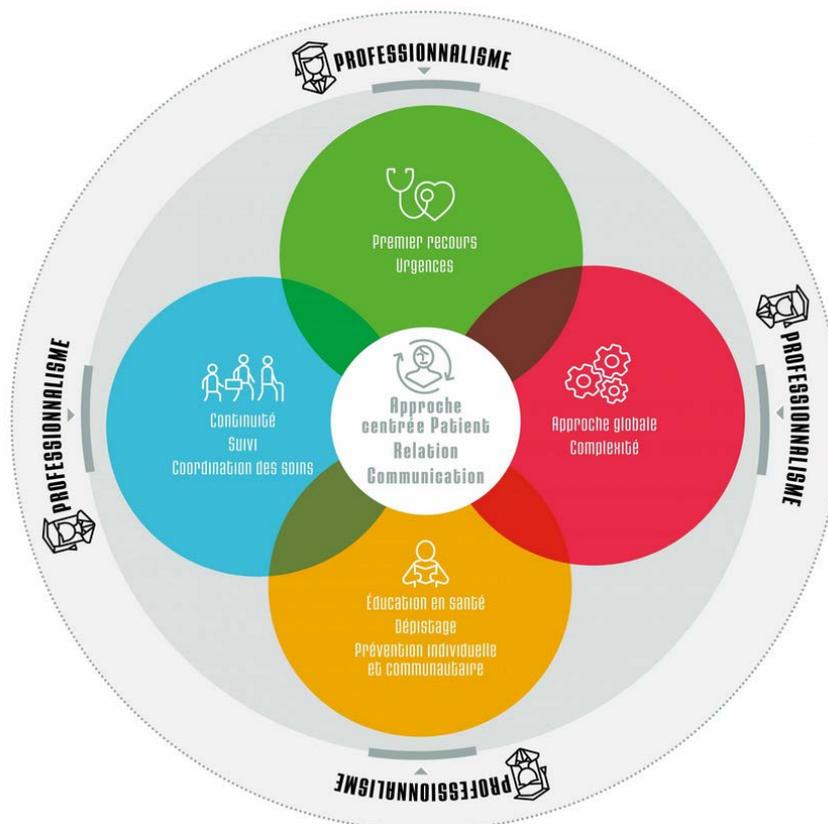


Figure 2 – Champs de compétence du médecin généraliste, université de Rouen DUMG

A cela s'ajoute la responsabilité d' « *orienter les patients dans le système de soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations, à l'éducation pour la santé et participer à la permanence des soins* » (51). Par leur formation et l'expérience de leur parcours, les médecins généralistes acquièrent des compétences en terme de gestion des urgences, de la médecine de ville ou en milieu rural... Les changements de pratique liés à la crise sanitaire du covid (abordé infra).

2 – La place du médecin généraliste

Le statut de médecin de famille issu de la seconde partie du XXème siècle, a été modifié pour devenir celui de médecin généraliste. Par ailleurs, la mise en place des notions de médecin traitant et de parcours de soins a contribué à donner plus d'importance aux médecins généraliste dans le système de soins (52) (53).

Plus précisément, ses fonctions ont été précisées dans le cadre de l'arrêté du 3 février 2005 (concernant l'approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes) : « *le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours, [...] participe activement à la bonne utilisation du système de soins [...] avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés* » (54).

C'est dans ce contexte qu'interviennent des changements de paradigme avec l'émergence de nouvelles notions : « consommation de soins » plus que d'actes médicaux, accès aux soins, modification des comportements dans la relation du patient au médecin, avec le rôle joué par les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), événements intercurrents (en particulier la dernière pandémie mondiale).

Les questions présentées par la suite, de la ressource médicale et des avantages de la téléconsultation en médecine de ville et du lien ville/hôpital tiennent une place centrale.

3 – Les déserts médicaux et la démographie médicale

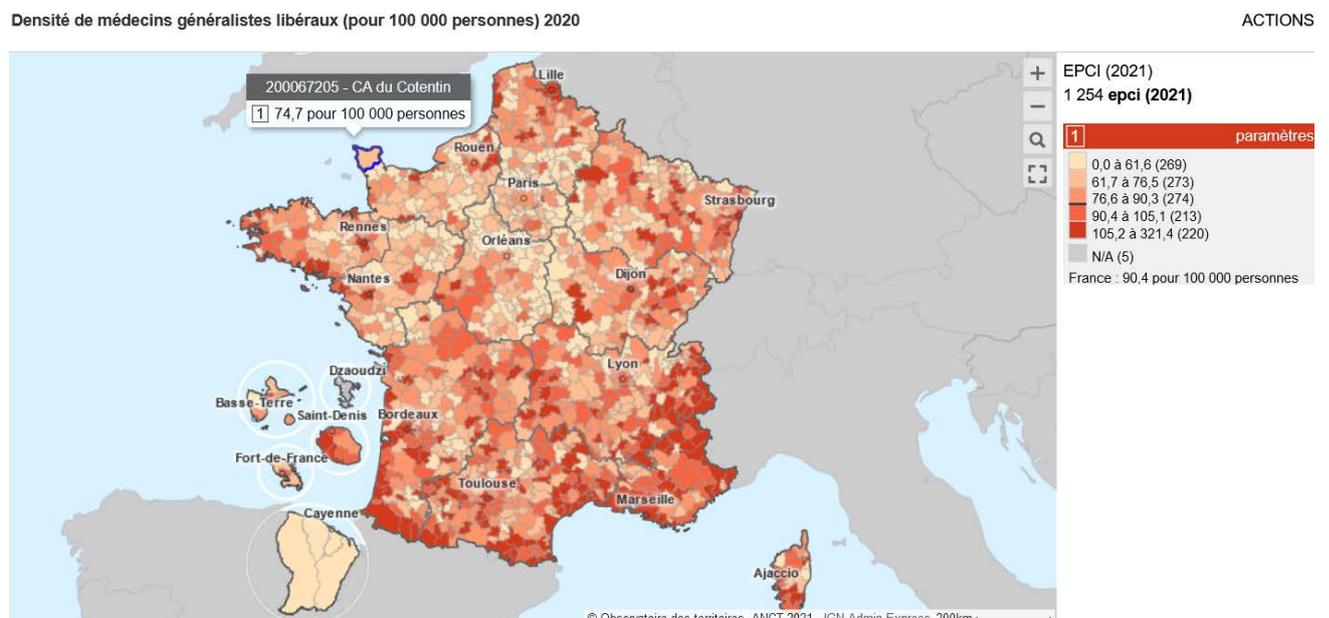
La question de l'accès aux soins primaires reste un sujet de santé publique majeur, d'une actualité toujours plus prégnante et digne d'un nœud gordien.

Dans les années 2000 déjà, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) réalisé par M. Jean CHOUSSAT, annonçait un proche renversement de la tendance de l'excédent de médecins. Ce rapport préconisait de traiter ce problème en amont : il ne s'agissait plus de «freiner l'augmentation du nombre de médecins mais de prendre position sur le rythme de décroissance des effectifs : pour la première fois dans l'histoire, les pouvoirs publics vont être confrontés à une baisse tendancielle de la démographie médicale » (55).

Malgré les initiatives prises depuis lors, la situation reste préoccupante. Elle se caractérise de la manière suivante :

- Environ 8 % de la population française vit dans l'une des 9000 communes françaises en manque de médecins généralistes (soit environ 5,3 millions d'habitants) selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) du ministère de la Santé publié en mai 2017 (56) (57).
- Selon l'Observatoire des Territoires : la densité médicale des généralistes est de 90,4 médecins pour 100.000 habitants (ECPI 2021 en lien avec le recensement de 2020) (58).

Figure 3 - Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100000 personnes), 2020, Observatoires des territoires



Dans son rapport sur « Les pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus d'Intervention Prioritaire (ZIP) » (59), l'INSEE objective que près de 11 % des

médecins généralistes libéraux exercent en ZIP en 2019, et ceux exerçant dans un territoire devenu ZIP ont un rythme de travail plus soutenu. Ils ont moins de temps consacré à la formation, malgré un même besoin déclaré. Concernant leurs pratiques, ils rapportent une participation moindre aux prises de décision (mais autant d'informations partagées avec les autres acteurs de la santé), moins de prévention réalisée et une prescription accrue d'antalgiques.

Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, la « chute [du nombre de généralistes] devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre durant la période 2007-2025 » (60).

4 – Un accroissement de la demande de soins et une attractivité limitée de la spécialité

Nous pouvons relever comme facteurs l'accroissement de la population associée à son vieillissement, ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie. Selon un rapport de 2017 de l'Observatoire des Territoires, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est passée de 13,9 à 18,8% de 1990 à 2016 (61) ; même si la France limite cette variable par rapport aux autres pays européens (62). Les projections de l'INSEE prévoient une augmentation de la population de 75 ans et plus, de l'ordre de 9,4 à 14,7% entre 2020 et 2040 (63).

Par ailleurs, le taux de morbi-mortalité de ces populations (64) indique clairement l'augmentation des maladies chroniques et du nombre d'exonérations au titre des Affections de Longues Durées (ALD) (65). *In fine* cela implique une fragilité plus importante, une nécessaire gestion de la polymédication, une importance accrue des aidants familiaux ou externes ainsi que les démarches administrative ad hoc.

À cela s'ajoute une tendance toujours plus forte de gestion en ambulatoire afin d'optimiser le temps de séjour hospitalier et la gestion des coûts globaux.

Parallèlement l'offre de soins est contrainte par un nombre toujours décroissant de médecins généralistes exerçant en libéral en diminution (60,66), en raison d'un vieillissement de cette population (départ en retraite), bien que le nombre de médecins retraités ou en cumul emploi / retraite ne cesse d'augmenter, soit plus 93.6% en 10 ans.

Enfin, ce constat doit être complété par la perception d'une attractivité limitée de la spécialité de médecine générale (reconnaissance comme discipline de spécialité par la loi du 17 janvier 2002 (67), puis mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) par l'arrêté du 22 septembre 2004), et une difficulté à appréhender la gestion de l'exercice libéral au cours de la formation (externat comme internat).

5 – La télémédecine, une part importante de la solution

Pour faire face à l'ensemble de ces difficultés, des solutions existent. La totalité des mesures préconisées depuis 2002 sont résumées dans les tableaux 6 et 7 du rapport sur les déserts médicaux de l'Observatoire Régional de Santé (Île de France) (55). Par exemple, pour évoquer la difficulté représentée par la répartition inégale de ces praticiens sur le territoire, ont été mises en place des Maisons de Santé Pluridisciplinaire (MSP) introduites par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007 (68). Elles sont au nombre de 1889 en fonctionnement et 366 en projets recensées en juin 2021. Leur répartition reste pour le moment inégale (69), avec une centralisation dans les zones dites « urbaines » et « périurbaines ».

Le plan national « Ma santé 2022 » a identifié ces sujets comme axe prioritaire en vue de permettre l'amélioration de l'accès aux soins. Parallèlement, le plan national E-Santé 2020 – qui vise à accompagner le personnel de santé médical et paramédical dans la transition numérique – énumère des actions à conduire pour lutter contre les déserts médicaux. Plus récemment, en juin 2021, une proposition de loi sénatoriale a porté sur la « lutte contre les déserts médicaux » (70) dont certaines propositions se retrouvent déclinées avec l'ajout de nouveaux outils et la mobilisation des acteurs de terrain, par le Ministère de la Santé et des préventions 2022 (71).

Parmi l'ensemble de mesures complémentaires, nous retrouvons :

- Augmentation du nombre de médecins de premier recours (notamment généralistes libéraux) par augmentation du numerus clausus, favorisation de terrains de stages ambulatoires, revalorisation de la médecine générale, appel à des médecins étrangers
- Dégager du temps médical (délégation de tâches à d'autres professionnels de santé, allègement de tâches administratives...)

- Conserver une profession attractive (développement de structures collectives, facilitation de la vie quotidienne et de l'exercice médical, aides complémentaires telles que des secrétaires...)
- Incitation à exercer en zones sous dotées (aides financières, assouplissement du cadre d'exercice...)
- Rééducation des besoins (développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique)
- Mise en place d'outils de pilotage et d'évaluation des politiques publiques
- Facilitation de l'accès à l'offre de soins, notamment en aidant au développement de la télémédecine. C'est ce dernier levier d'action qui, à travers ses différentes formes, pourrait partiellement répondre à la problématique des déserts médicaux.

6 – La télémédecine : plus-value en soins premiers

- Elle réduit les inégalités d'accès aux soins notamment issues de la répartition territoire du personnel soignant, aux médecins spécialistes d'organes L. Fix et J. Jacobs (19,20)
- Elle permet une prise en charge (PEC) plus efficace et rapide en facilitant les échanges entre médecins, allant notamment sous certaines conditions jusqu'à la téléexpertise : patients en ALD, atteints de maladies rares, résidant en zones dites « sous-denses », en EHPAD, en structures médico-sociales, en détention.
- Dans le cadre des soins aigus, un essai randomisé (72) a mis en évidence une diminution de la durée des consultations de 1,5 minutes, mais également une probabilité d'augmentation du nombre de consultations dans les deux semaines suivantes. Les patients préfèrent une consultation en présentiel ; un sur deux ne préférerait pas ce mode à l'avenir.
- En ce qui concerne les soins non aigus, une revue systématique de la littérature dans le cadre d'une thèse « *Bénéfices de la téléconsultation généraliste et patient en soins primaires* » (73) a mis en évidence les nombreux atouts de son implémentation dans le cadre de diverses pathologies (maladies chroniques, psychiatrie & psychologie, dépistage et modification comportementale, dermatologie / post-opératoire / oncologie).

C – LA TELECONSULTATION, ACTUALITE ET ETUDE DE CAS DANS LE CADRE DES SOINS PRIMAIRES EN REGION PACA

1 – Téléconsultation et pandémie Covid-19 : une crise sanitaire à l'origine de l'accélération de l'expansion des téléconsultations en France

Avant la crise sanitaire, les cas d'usage de la téléconsultation étaient strictement encadrés répondant aux recommandations de la HAS et conforme aux termes de l'avenant n°6 (74) de la convention de la CNAM. Seuls 6% de la population française avait expérimenté une téléconsultation avant l'épidémie.

Lors des différentes phases de la crise sanitaire, la nécessité de se protéger, qu'il s'agisse des patients ou du personnel de santé, a généré des changements drastiques de mode de vie et la mise en œuvre de différentes mesures favorables à la généralisation de la télémédecine. Lors du premier confinement en avril 2020, le nombre moyen de téléconsultations (TLC) par jour a atteint la barre du million, soit plus du quart des consultations sur cette période (75) : de mars à avril 2020, le nombre de téléconsultations a été multiplié par 100, soit 5,5 millions (27% de toutes les consultations sur cette période).

Des mesures dérogatoires ont été adoptées par la loi du 23 mars 2020 :

- Les TLC pouvaient être réalisées par téléphone en cas d'indisponibilité de matériel ou de logiciel approprié (patient de plus de 70 ans, patiente enceinte, patient présentant des affections graves ou ALD) (76,77).
- Le remboursement à 100 % de l'acte de téléconsultation par l'Assurance maladie était assuré jusqu'au 31 décembre 2021 (78).
- Une téléconsultation était possible par téléphone pour les patients vivant dans une zone qui n'est pas desservie par un réseau Internet.
- Une personne infectée par la Covid-19 ou susceptible de l'être pouvait exceptionnellement s'adresser à un autre médecin que le médecin traitant (après l'avoir consulté en premier lieu) pour une téléconsultation si celui-ci n'est pas disponible.

Le pourcentage de personnes ayant bénéficié d'une téléconsultation a au moins doublé voire triplé en fonction des régions entre avant et après la crise sanitaire (79).

A ce propos, évoquons brièvement les principales actualités en matière d'usage de la télémédecine en soins premiers (détails en ANNEXE 6) issues d'une revue de littérature ayant fait l'objet d'une thèse (80).

En terme de prise en charge de situations aiguës, nous retrouvons une expertise par télé radiologie en zones éloignées d'une structure hospitalière aux Pays Bas (pas d'augmentation d'incidence complications ou de perte de chance, gain de temps), et une télésurveillance d'IVG en Australie (ordonnances délivrées à domicile avec échographie, gestion par téléconsultation et redirection vers structures si nécessaire). Les éléments permettent une amélioration de l'accès et qualité de prise en charge, de gestion de l'anxiété des patients ; mais cela soulève la sécurisation des données de santé ainsi que l'articulation entre les effecteurs de soins premiers et les équipes sollicitées.

La gestion de pathologies chroniques sur concentrent sur ce qui est fréquent et la prévention de complications : suivi d'HTA d'employés d'entreprises privées via Vigisanté (81) (éducation thérapeutique, conseils hygiéno-diététiques), de traitement et complications d'un DIND (82), suivi de diabète par une application et contacts téléphoniques (83), optimisation des doses d'insuline ou des modifications comportementales en vue d'améliorer l'autonomie des patients et l'HbA1c (84).

Mais également, la coordination autour de patients porteurs d'un handicap mental et/ou moteur en structure spécialisée ; ou la gestion du retour précoce de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque par télésurveillance grâce à des objets connectés, améliorant la qualité vie mais sans différence de mortalité (85). Ou encore l'aide au suivi de patients avec un syndrome dépressif modéré (échelles et algorithmes) (86). Les objectifs concernaient également la promotion de l'éducation thérapeutique, les enjeux économiques.

Le recours ponctuel aux spécialistes d'organes, grevé par des délais souvent longs, étaient contournés dans des études portant sur la télé-spirométrie de généralistes aux Pays-Bas (87), de l'usage de la télédermatologie en France pour la prise en charge de plaies

chroniques sur 3 ans (88), ou de réseaux cardiologiques / médecins traitants en région Loire (89).

Enfin, la prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre de la télémédecine est illustrée par les mises en relations d'EPHAD et de service de gériatrie (CHU Toulouse) dans le cadre de syndromes démentiels complexes (90), ou d'EPHAD et de service de gérontologie (CHU Bordeaux) pour les paies chroniques (91), ou de la prise en charge de patients chroniques complexes à domicile par télémédecine multidisciplinaire (92).

Citons enfin un exemple de coopération de différents professionnels de santé dans le cadre de la réalisation de RCP par le service de cancérologie du CHU Toulouse (3).

2 – Un support d'étude : le dispositif de téléconsultation intégré au Centre de traitement des appels (CTA) du Var

- **Contexte politique**

Notre étude s'est déroulée dans le contexte de mise en application des mesures préconisées par la « Mission flash » sur les urgences et soins non programmés, demandée par le Ministère de la Santé et de la Prévention et sous la conduite du Dr François Braun (93). Le dispositif s'inscrit en particulier dans les axes « orientation des patients dans le système de santé » et « optimiser le temps médical et les capacités de réponse à la demande de soins non programmés » (notamment les recommandations 12 et 13), « s'appuyer sur l'ensemble des professionnels de santé libéraux d'un territoire » ; et découlant des enjeux évoqués précédemment.

- **Lancement du projet**

Le dispositif mis en place répond aux préconisations des différentes instances de santé publiques visant à améliorer les liens entre médecine de ville et hôpital dans le cadre du premier recours. Le projet s'est développé après la tenue de discussions entre des personnels du Service d'Aide Médicale Urgente 83 (SAMU) avec les instances régionales de l'ARS et de la HAS, ainsi que de l'URPS PACA. Le projet est plus particulièrement piloté par le Dr Badaoui, Madame Leconte (IDE), ainsi que le Dr Fournier (directeur médical adjoint au SAMU 83). Il doit

tenir compte des aspects liés à la cybersécurité et sécurisation des données, en vertu du RGPD et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

A ce jour, son déploiement a suivi cinq phases. L'objet de notre étude est la quatrième phase, qui a débuté fin décembre 2021, consistant en l'activation d'un réseau de médecins téléconsultants en ville ou à leur domicile, sur des plages horaires déterminées à l'avance. Le but de la cinquième phase réside en la mise en relation d'une infirmière d'un service d'urgence avec un médecin réalisant, une fois le tri réalisé par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO), préférentiellement au sein d'hôpitaux de périphérie.

Les objectifs attendus sont au nombre de trois : la réduction du temps passé à répondre aux appels pour les régulateurs, un service adapté à la demande des patients et l'obtention d'un diagnostic, assujéti d'ordonnance et d'une conduite à tenir.

Le recrutement des médecins réalisant la téléconsultation s'est fait par le truchement de personnes connaissant le promoteur responsable au sein du SAMU. Le vivier ainsi constitué comprend à ce jour une quinzaine de personnes. Quant aux médecins régulateurs, ils ont été informés de cette nouvelle possibilité de prise en charge au minimum via leur messagerie électronique professionnelle.

- **Fonctionnement du dispositif**

En pratique, une fois l'appel pris en charge par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM), il est transmis au médecin régulateur. Le SAMU 83 arme un poste de régulateur hospitalier et deux postes de régulateurs libéraux, issus de deux associations de médecins généralistes (« REGULIB » en semaine la journée, et « ALR 83 » couvrant les horaires de permanence de soins).

En cas de motif d'appels de moindre importance, ce dernier peut soit déclencher *SOS médecin*, soit indiquer au patient de se rendre aux urgences ou dans une maison médicale par leurs propres moyens. Il peut également prodiguer des conseils médicaux. La nouvelle offre de soins pour le patient est d'avoir recours à la téléconsultation par médecin libéral, si le régulateur juge que les conditions nécessaires sont présentes.

L'appel est ensuite retransmis à l'ARM en charge, qui organise et transmet les éléments au docteur concerné. Après s'être assuré que le patient dispose des ressources matérielles nécessaires à la réalisation d'une téléconsultation, il complète le dossier SAMU (comprenant nom, prénom, numéro de sécurité sociale, adresse et téléphone, avec une partie concernant l'histoire de la maladie dossier et ce que prévoira le médecin comme suites). Le chargé de mission peut grouper les différents rendez-vous à venir, et appeler alors le téléconsultant pour l'en informer. En cas de nécessité d'hospitalisation ou de levée de doute, le téléconsultant peut rediriger le patient vers le SAMU.

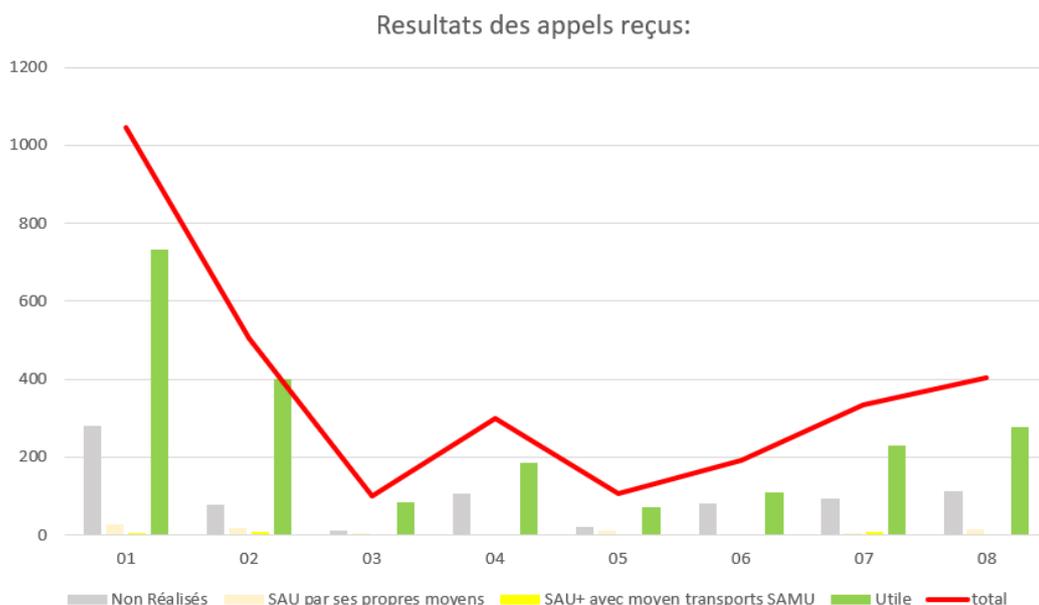
Actuellement, les plages prévues s'échelonnent de 18h00 à 22h00. Les appels peuvent parfois lieu le matin. Le patient est alors reconvoqué à 18h. Elles ont été réduites après retour d'expérience (peu voire pas d'appel au-delà de 22h00, pas de retour financier incitatif versus implication dans la vie personnelle, soucis techniques carte CPS, problèmes de remplissage de données personnelles ne permettant pas de toucher un règlement du patient...).

- **Statistiques**

Nous disposons de quelques statistiques portant sur la période d'expérimentation et s'étendant de janvier à août 2022.

Concernant le nombre d'appels et le devenir des patients : sur un total de 2981 appels considérés par les régulateurs comme rentrant dans le cadre d'une téléconsultation, 783 n'ont pu aboutir, 84 ont été redirigés vers un Service d'Accueil des Urgences (SAU) et 22 par un moyen de transport lié au SAMU. 2092 téléconsultations ont été menées à leur terme, avec des pics en janvier et février (732 et 401) et un regain en juillet et août (230 et 278).

Figure 4 – Statistiques sur le nombre d'appels au CTA :



Le détail par département se résume ainsi (notons que les chiffres montrant la recrudescence par pic des appels suit la tendance globale évoquée précédemment) :

	Nombre total d'appels concernés	Non réalisés	Adressé à un SAU	Adressé à un SAU par un moyen du Samu	Téléconsultations réalisées
Var (83)	2188	55	66	16	1551
Bouches-du-Rhône (13)	793	228	18	6	541

Le zonage géographique par code postal démontre que les appels viennent de la plupart des communes et villages du Var et des Bouches du Rhône. Les villes ou villages prédominants en PACA sont Hyères, Toulon, La Seyne sur Mer, Six-Fours-Les-Plages, Brignoles, Solliès-Pont, Fréjus, Draguignan, Fayence, Rians, Aiguines, Les Mayons, Aix-en-Provence, Marseille, Arles et Théoule-sur-Mer.

Nous n'avons pu avoir accès aux chiffres précis concernant les tranches d'âges concernées, ainsi que les pathologies ayant motivée le recours à la téléconsultation dans le temps imparti. Cependant les échanges verbaux avec les responsables nous apprennent que les classes d'âge inférieures à 5 ans, ou supérieures à 75 ans ne sont que très rarement représentées.

3 – Problématique et objectifs

Des points de situations sont réalisés à intervalles réguliers, entre le SAMU et les instances administratives de santé régionales concernées. Dans les mois à venir, il est prévu d'étudier l'extension du dispositif – notamment aux patients relevant des critères évoqués et présents au sein du circuit court d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU). Il est également envisagé en tant que recours pour un premier avis délocalisé, au profit d'une équipe de pompiers non médicalisée, sur leur site d'intervention.

Dans ce contexte, la thématique de recherche s'inscrit dans le domaine de la permanence des soins, en particulier des soins non programmés, et plus spécifiquement dans le cadre de l'emploi de la télémédecine. Il a été choisi de focaliser ce travail sur les deux acteurs médicaux principaux – à savoir les médecins régulateurs et les médecins réalisant la téléconsultation – afin de recueillir leurs appréciations sur le fonctionnement actuel du dispositif, ainsi que les éventuelles évolutions qui leur semblerait pertinent de discuter.

PARTIE II - ENQUETE : ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

A – MATERIEL ET METHODE

1 – Introduction

L'étude a été conduite selon le standard des études scientifiques de type IMRAD (Introduction, Matériel et Méthode, Résultat, Discussion). Elle a consisté en la réalisation d'une enquête par entretiens semi-dirigés, auprès d'une population de médecins assurant d'une part la régulation d'appels au centre 15, et d'autre part les téléconsultations.

2 – Recherche bibliographique

Les mots clés utilisés étaient : téléconsultation (facteurs déterminants, retour sur expérience, limites), télé médecine, médecine générale, soins non programmés, SAMU, consultation téléphonique.

Les principales bases de données internautes interrogées étaient : le SUDOC (Système Universitaire de Documentation), Science Direct, le portail documentaire de la Bibliothèque de la faculté de médecine d'Aix-Marseille (SMASH), ainsi que la base d'archives Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance (DUMAS), le site Thèses.fr, et Google Scholar. Quant aux sites officiels, il s'agissait de : l'Agence du Numérique en Santé, l'Académie Nationale de Médecine, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, Legifrance, la Haute Autorité de Santé (HAS), le Ministère de la Santé et des Solidarités, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES).

Les sources étaient des articles scientifiques, des thèses de médecine, des textes de lois, notamment cités lors de conférences dans le cadre du salon Santexpo 2022. L'ensemble des références furent répertoriées via le logiciel Zotero, et classées selon la norme Vancouver.

3 – Objectifs de l'étude

- Principaux : confronter les points de vue complémentaires des médecins assurant la régulation, et ceux conduisant la téléconsultation, sur les aspects pratiques « positifs comme négatifs» .
- Secondaires : mettre en évidence des axes d'amélioration en vue de pérenniser le dispositif.

4 – Type d'étude

Compte tenu des objectifs, nous avons privilégié une étude qualitative (94), avec des entretiens semi-dirigés, menés individuellement. Elle s'adressait au bassin de population des médecins exerçant au SAMU du Var, des Bouches-du-Rhône, ou bien rattachés à leur cadre.

L'anamnèse était structurée à partir d'une grille d'entretien, qui comportant une partie commune aux deux populations, puis une spécifique selon le rôle que chacune exerçait, avec des questions ouvertes (confère infra).

5 – Population de l'étude

Il s'agissait de médecins ayant eu comme formation initiale « médecine d'urgence » ou bien « généraliste », travaillant dans le cadre du Centre de Traitements des Appels du SAMU du Var ainsi que des Bouches-du-Rhône. Elle se répartit en deux groupes : ceux qui travaillent comme régulateur, et ceux qui conduisent les téléconsultations une fois l'appel initial régulé.

Les critères pour l'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste et/ou urgentiste, travailler dans le cadre du SAMU, être intégré au fonctionnement du dispositif depuis plus de trois mois (à l'un des deux postes). Nous avons choisi d'avoir au moins six entretiens par poste, soit une douzaine minimum ; l'objectif était d'arriver à saturation des données.

Concernant les médecins travaillant dans le cadre de la régulation, une requête leur a été adressée via la direction du SAMU du VAR avec un message décrivant l'étude en cours, les objectifs visés et la procédure de l'entretien. Les volontaires pouvaient contacter

directement l'investigateur par message, afin de convenir d'une date et d'un horaire pour relever le consentement et conduire l'échange (réalisation principalement par voie téléphonique, compte tenu des agendas de chacun et de la charge de travail estivale de chacun).

Pour ceux assurant les téléconsultations, un message similaire leur a été adressé avec les contacts de l'investigateur selon un schéma similaire.

6 – Entretiens

- Grille d'entretien

La grille du questionnaire servant de guide pour l'entretien (disponible en intégralité en annexe) a été corrigée et validée par la directrice de thèse, le Dr Marie-Agnès Martin-Savelli.

Elle comporte une première partie, commune à tous, dont le but est de connaître le parcours du personnel, son rôle exact au sein du CTA, sa familiarité avec l'exercice de la télé-médecine.

La deuxième partie concerne les médecins qui conduisent effectivement la téléconsultation, avec les raisons les ayant amenés à cette activité, la praticité de sa réalisation et les éléments grévants l'expérience, ainsi que les éléments qui pourraient permettre d'élargir le recrutement de praticiens.

Quant à la troisième partie, elle traite du rapport des régulateurs à l'implémentation de cette téléconsultation, l'utilisation qu'ils en ont, leur perception éventuelle d'une amélioration dans la gestion des appels des patients, et ce qui pousserait ces derniers à avoir d'avantage recours à cette solution.

- Réalisation des entretiens

En préambule, il était toujours rappelé brièvement aux personnes interrogées le déroulement de l'entrevue, l'enregistrement par dictaphone, et la garantie de l'anonymat des réponses par attribution d'un numéro ; le tout avant recueil systématique du consentement.

La numérotation se faisait suivant un ordre chronologique (numérotation dans l'ordre, dénommé EX avec une correspondance TCG n°X / REG n°X), et le temps estimé a priori était de l'ordre de 15 minutes.

Les entretiens ont été menés sans tiers présent, enregistrés via deux dictaphones par souci de redondance ; puis retranscrits de manière littérale par logiciel de traitement de texte type LibreOffice, afin d'obtenir des données d'enquête fidèles aux propos des médecins interrogés. Ils se sont déroulés du 17 juin 2022 au 2 octobre 2022.

- Analyse des entretiens

Les entretiens ont tout d'abord été retranscrits en intégralité par traitement de texte Microsoft Word ©, et rendus anonymes. Ensuite, une analyse lexicale manuelle socio-anthropologique croisée a été pratiquée sur le verbatim obtenu (95).

Etant donné la nature qualitative de cette thèse, ainsi que les hypothèses de recherches, une analyse thématique a été préférée. En effet, elle vise à regrouper les thèmes les plus souvent évoqués et de différencier les principaux des secondaires. La grille d'analyse et la répartition des données thématiques ont été réalisées sur le logiciel QDA Miner Lite © (mode d'inscription en marge offrant une meilleure lisibilité) pour chacune des questions traitées, et ceci après relecture de chaque entretien. Un double codage a été pratiqué.

La procédure d'analyse est divisée en deux étapes (95). Une première étape « verticale », consistant à interpréter chaque entretien de manière indépendante afin d'en saisir le sens général. Elle vise à identifier, par « une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement », les thèmes et sous-thèmes cités par le répondant (pour chaque personne interrogée).

La seconde étape est « horizontale » : elle permet d'établir des liens entre les différents entretiens par leur croisement, de voir comment les éléments figurant sur la grille d'analyse sont abordés. Cette comparaison fait émerger les grands thèmes (communs ou plus propre à chacun), dans la globalité du matériel d'entretien. Chaque donnée avait la même valeur, indépendamment de sa fréquence d'apparition dans les entretiens.

In fine, nous avons obtenu une première partie permettant de décrire la population, puis un regroupement des thématiques et idées par poste occupé.

B – RESULTATS

1 – Description de la population

Le talon sociologique présenté en ANNEXE 2 récapitule les différentes caractéristiques de chaque médecin.

L'échantillon comporte neuf médecins au total, avec un âge moyen de 48 ans (écart type 34 à 60 ans). L'année de l'exercice après obtention de la thèse s'échelonne de 1991 à 2016.

Les modes d'exercices se partagent principalement entre une médecine de ville, libérale avec régulation libérale et / ou une activité de téléconsultation (couplée au SAMU ou pas) ; et l'exercice d'une médecine d'urgence hospitalière et de régulation.

Parmi notre échantillon, aucun des médecins n'a bénéficié d'un enseignement ou de mise en pratique de la télémédecine dans le cadre de sa formation initiale. Une personne rapporte une formation annuelle sur la gestion de la prise en charge des patients par téléphone ou téléconsultation, dans le cadre d'une association de médecine libérale.

2 – Entretien avec les médecins

Les dates des entretiens s'échelonnent de juillet à septembre 2022. Ils ont été réalisés exclusivement par téléphone, à une date et un horaire convenu avec les médecins. L'entretien commençait par un bref rappel de l'objet de l'étude et du déroulé, ainsi que de la garantie de l'anonymat avant recueil du consentement et début de l'enregistrement. La durée moyenne des entretiens est de 14 minutes 23 secondes (écart type 7'58 à 20'03), pour une durée total d'entretien de 129 minutes 45 secondes.

3 – Analyse des données recueillies au cours des entretiens avec les médecins téléconsultants

3-a/EXPERIENCE ET FORMATION

Aucun des médecins interrogés n'avait reçu de formation dans les cadres initial ou continu, ou par une plateforme privée, sur la téléconsultation ou la télémédecine.

L'apprentissage du fonctionnement du circuit au sein du Samu s'est fait par démonstration pratique, par l'intermédiaire des personnes responsables.

-Absence de formation, familiarisation avec l'outil

E1 « *Non je n'ai pas travaillé avec un autre organisme. »*

E2 « *Même dans le cadre de la médecine libérale, ça n'existait pas trop à l'époque. »*

E3 « *L'on fait un peu sa propre formation choisir les choses qu'on veut suivre. »*

3-b/RAISONS AYANT AMENE A PRATIQUER LA TELECONSULTATION VIA LE SAMU

Un point soulevé est le premier filtre réalisé par un médecin régulateur, le contact avec les ARM, et la possibilité de réintégrer le patient dans le circuit. Les principaux arguments liés correspondent à pouvoir diversifier son exercice de la médecine et le type de rémunération, en étant complémentaire des autres intervenants du système de santé, en s'inscrivant dans un maillage territorial. Le mode de recrutement s'est fait par lien direct avec le responsable médical au sein du Samu, et correspondait à une opportunité favorable et une volonté de rendre service, notamment par la connaissance des difficultés des S.A.U.

-Gestion par Samu :

Régulation appels :

E1 « *J'ai bien aimé l'idée que ce soit régulé par le Samu. »*

E2 « *La première raison, c'est que les appels sont régulés. »*

E3 « *J'ai répondu présent parce que je connais un peu la façon dont le SAMU pense et gère, et donc ça me met à l'aise. Parce que ce sont des consultations qui sont au départ tournées vers l'urgence ; au début c'est le SAMU qui les juge pas urgentes donc il les fait basculer vers nous. »*

Dialogue ARM/Samu et réorientation

E1 « *Cette interface, avec les régulateurs ou les ARM, permettaient pour la téléconsultation, si on avait un souci ou un problème, de renvoyer le patient beaucoup plus rapidement vers les urgences, (envoi d'ambulance ou envoi de SMUR), que dans d'autres téléconsultations. »*

-Mode d'exercice

Liberté d'exercice, et complémentaire d'autres formes d'actes médicaux

E3 « *c'était le fait d'avoir la possibilité de faire de la télé médecine qui pour moi est une possibilité de travailler en France en étant à l'étranger »*

E4 « *Faire des consultations à la maison : être chez moi et pouvoir faire cela à la maison, synonyme de confort personnel. »*

E2 « *On s'est assuré qu'il n'y a pas de médecin disponible, la téléconsultation est donc vraiment un plan B, elle n'est pas là pour remplacer ou concurrencer un médecin qui est sur place et qui, lui, propose une consultation physique.»*

Financier

E2 « *Cela fait partie de nos intérêts ; c'est que dans ce modèle-là il n'y a pas de prélèvement fait par les organismes, la consultation c'est pour toi. »*

Lien territorial avec le patient

E1 « *Télé consulter dans un territoire qu'on ne connaît, et ne pas se retrouver à faire de la téléconsultation pour un patient qui est dans le nord-est. »*

E2 « *Quand je discute avec les Varois, ils sont plus tranquilles de savoir que « moi aussi je suis dans le Var » : « ah bon d'accord, ça va, j'avais peur pour me mettre avec quelqu'un qui ne connaisse pas. » »*

E3 « *C'est l'intérêt d'être jumelé avec le SAMU ; j'avais eu une autre boîte parisienne qui m'avait proposé de faire de la télémédecine. »*

E4 « *Où sont les hôpitaux, quels sont les centres les délais ; à quel moment ou dans quel délai je peux avoir tel examen. »*

-Relationnel et opportunité

Connaissance du personnel impliqué

E1 « *C'est un collègue qui m'en a parlé. »*

Opportunité

E3 « *En même temps, le docteur Badaoui m'a proposé cette activité de médecine, cela m'a donc permis d'avoir une activité tout en étant chez moi. »*

Disponibilité, et volonté de rendre service

E1 « *Je dirais qu'on m'a proposé la téléconsultation du Samu, du coup j'ai commencé par elle mais j'aurais pu commencer par une autre. C'était juste le bon moment. »*

E4 « *Ça rend aussi service. Je me dis, ayant été aux services d'urgence et ayant vu les motifs d'hospitalisation : on a besoin de quelque chose comme ça pour éviter que les gens ne se déplacent pour rien. »*

3-c/COHERENCES LEGALE ET DEONTOLOGIQUE

Nous pouvons noter une cohérence avec les principes juridiques et ceux découlant du cadre de la confraternité.

Principes déontologiques et juridiques

Non concurrence des praticiens

E2 « *téléconsultation ne remplace pas une consultation physique l'on s'est assuré qu'il y a pas de médecin disponible et du coup la téléconsultation est vraiment un plan B, elle n'est pas là pour remplacer le médecin ou concurrencer un médecin qui est sur place et qui lui propose une consultation physique* »

Territorialité

Comme évoqué dans le mode d'exercice, il est préconisé par l'Ordre que la téléconsultation s'inscrive dans un territoire dont les ressources médicales et hospitalières sont connues du médecin téléconsultant.

Rétribution praticien et indépendance

E2 « *Nonobstant donc, sur ton chiffre d'affaire, il y a les retraits des organismes, mais il n'y a pas celui d'un organisme privé. Plus important : qu'aujourd'hui, les recommandations de l'Ordre sont claires, une téléconsultation, c'est le médecin qui doit l'encaisser, pour garder l'indépendance le médecin* »

E2 « *Enormément de gens ne respectent pas les consignes de l'ordre des médecins* »

Conformité du logiciel

E2 « *Un médecin qui est un collègue à moi qui fait de la télémédecine ne doit pas savoir qu'est-ce qui se passe entre moi et mon patient qui a été basculé par le SAMU, le secret médical ne s'applique pas je veux dire sur ce système de drive utilisé* »

Sociétés privées télémédecine

E3 « *C'est ça l'intérêt d'être jumelé avec le SAMU ; parce que j'ai eu une autre boîte parisienne qui m'a proposé de faire de la télémédecine...* »

3-d/POINTS NEGATIFS

L'un des problèmes principaux est l'irrégularité dans le nombre de téléconsultations adressées, surtout en regard du nombre d'appel reçus au centre 15. Les difficultés sur la gestion de la téléconsultation viennent d'une formation qui se fait uniquement sur le terrain, de la gestion à distance du paiement, et de l'absence d'examen clinique possible – à fortiori

lorsque la visiophonie est défectueuse. Il arrive aussi de recevoir des patients dont le motif ne relève manifestement pas d'une gestion à distance par téléconsultation. La passivité induite par le temps passé sans appel avec l'impossibilité de faire une autre tâche notamment professionnelle, entraînerait un manque à gagner financier pour les téléconsultants. On nous signale un nombre significatif de patients qui, après les formalités d'inscription et sans problème technique, sont injoignables.

Appels et aspects organisationnels

Appel

E1 « *C'est très fluctuant : il y a des journées où on peut avoir beaucoup d'appels, jusqu'à 3 à 4 par heure et d'autres moments où nous n'en avons pas du tout. »*

E2 « *Incomplet, dans le sens où la connaissance de ce dispositif n'est pas assez diffusée » ;*
« *COVID au mois de janvier : cette période vers la médecine de ville, c'était génial. C'est efficace, on voit qu'on a joué le jeu quand on voit que sur le week-end de Pâques, les recours des demandes explosent à nouveau. »*

E4 « *Il y a des soirées où par exemple, encore avant-hier, j'étais de garde : je n'ai rien fait de la soirée. Nous sommes d'astreinte, donc bon forcément, cela nous bloque. »*

E4 « *Dans les 15 derniers jours, j'ai dû faire 2 ou 3 vacations. Si j'en ai eu 2 à chaque fois, c'est le maximum. Alors que, quand j'ai commencé - c'est vrai que c'était en période COVID, - parfois on en faisait 7 à 8 dans la soirée. »*

Plages horaires initialement trop larges

E1 « *Au début, les plages horaires étaient très longues, et jusqu'à minuit à peu près, avec un nombre d'appels qui était quand même peu important. On restait donc de 18h à minuit connectés, donc c'était vraiment long. »*

Gestion téléconsultation

Appropriation de l'outil (informatique)

E1 « *Faire payer les gens via un lecteur : je n'ai pas ma carte CPS sur moi, elle est dans ma clinique ; ça me paraissait donc un petit peu compliqué d'abord, avec un abord informatique, des manip qui me qui me stressaient. »*

E1 « *Il continue à m'aider pour tout ce qui est logistique, traitement des données, parce que je n'arrive pas à télécharger les arrêts de travail. Comme c'est un peu compliqué, je me fais aider. »*

Approche clinique différente

E1 « Une fois que tu es dedans, que t'en as fait quelques-unes ça va mieux. Mais c'est vrai qu'au début ça fait un peu peur parce qu'on a pas l'habitude de ne pas toucher les gens. Donc c'est vrai que c'est un abord particulier. Certaines pathologies ne peuvent pas être visibles en téléconsultation. »

E2 « Un petit peu d'appréhension, parce que c'est un peu nouveau, même si j'en fais depuis quelques mois. J'ai toujours un petit stress parce que c'est la nouveauté. La téléconsultation, c'est une autre façon de faire de la médecine. »

E4 « Un peu stressant pour moi, qui suis urgentiste, donc qui ai l'habitude de beaucoup manipuler, de voir beaucoup de gens dans la journée. »

Régulation en amont

Anomalie d'aiguillage

E1 « C'est vrai qu'il y a eu quelques petits ratés qui étaient un peu stressants pour moi, qui suis urgentiste. Le Samu m'avait adressé une patiente : c'était une douleur abdo chez une femme qui avait un retard de règles. Dans ma tête, ça tiltait GEU. Donc je ne voyais pas en quoi la téléconsultation allait m'aider, tout en sachant que c'était une responsabilité médico-légale. »

E4 « Parfois, vraiment, où les motifs ne relèvent clairement pas de la téléconsultation, ce n'est pas bien régulé. Par exemple : motif douleur ado fébrile, on ne peut pas palper le ventre, il faut faire un bilan et faire un scanner. »

E4 « Les infirmières de ville qui n'arrivent plus à joindre leur généraliste de ville pour des patients qui sont en fin de vie et n'ont plus d'ordonnance pour l'hydratation, pour la morphine ou autre, ce n'est pas non plus le rôle du médecin « lambda », qui va pourtant gérer cela, alors c'est quelque chose de chronique et qui doit être anticipé. Mais cela arrive très souvent aussi. SOS médecin ne veut pas se déplacer, ce qui est normal, lorsque le médecin traitant n'est pas joignable ou qu'il est parti en vacances sans laisser de consignes. »

Problème d'information des médecins régulateurs

E1 « Je reçois des appels du Samu où il se trompe : il pense qu'on est en visite à domicile, alors on leur explique qu'on est en téléconsultation. Il faudrait parfois leur remettre un petit coup de rappel. »

E2 « Ce n'est pas assez utilisé par le médecin régulateur. »

E4 « *Je pense clairement que c'est régulateur dépendant. Il y en a beaucoup où ce n'est pas encore présent à leur esprit et à mon avis, il faut faire un gros travail là-dessus aussi.* »

Impact sur la vie personnelle

E1 « *Ca m'empêche de profiter de ma vie de famille également.* »

Financier

Retour sur investissement en temps

E1 « *Quand on peut rester bloqué chez soi pendant 4 à 5h - au début ça peut être 6h - sans avoir aucun appel...du coup nous n'avons aucun financement et ça nous bloque du temps pour rien.* »

E1 « *J'attends qu'il y ait un peu plus d'appels, parce qu'effectivement je n'ai pas eu une rémunération extraordinaire. Mais je pense que c'est le début, le temps que tout le monde se forme.* »

Empêche autre tâche professionnelle rémunérante

E1 « *La téléconsultation, vu qu'on bloque des heures à son domicile, m'empêche d'aller travailler autre part.* »

E4 « *Nous sommes d'astreinte donc forcément ça nous bloque. Nous sommes à la maison, nous attendons sans être sûr d'avoir du monde ; et à la fin on en a pas.* »

Patients

E4 « *Les chargés [de régulation] rentrent toutes les données des patients, c'est un temps qui est aussi important ; et au moment de la consultation même, le patient n'est pas présent. Soit parce que niveau informatique il s'en sort pas et arrive pas à se connecter. Soit parce que tout simplement il a décidé de ne plus faire la téléconsultation, on n'arrive pas à le recontacter pour savoir ce qu'il en est. Voilà, je trouve que ça arrive assez souvent ; enfin moi je trouve que j'en ai eu quand même pas mal et ça me met hors de moi* »

3-e/ASPECTS FONCTIONNELS, POSITIFS

Les personnels mettent surtout mis en avant la fluidité de la communication avec les ARM et secrétaires, la réduction des plages horaires avec le regroupement des téléconsultations, l'impact sur le système de santé au niveau départemental. Le nombre de

téléconsultants reste cependant faible. Lorsqu'il est pratiqué régulièrement, l'outil informatique ne semble pas être un obstacle redondant.

Organisation et fonctionnement

Communication et assistance des ARM

E1 « *Il y a des chargés de mission qui nous aident également quand il y a des problèmes de connexion - ce qui est assez fréquent suivant le réseau de la personne qui appelle - ou suivant notre réseau ; et du coup ces chargés de mission peuvent nous mettre en contact par différents moyens. »*

E1 « *Après j'ai appelé le Samu pour qu'il transfère la patiente d'urgence via une ambulance. Elle ne présentait pas de critère de gravité, ça on peut le dire par téléconsultation parce que l'on voit les gens. »*

E3 « *La connexion avec les chargés de mission, avec les secrétaires aussi, donc à tout point de vue cela me correspond »*

Plages horaires

E1 « *Le docteur Badaoui, initiateur de ce projet, a réduit des marges d'appel de 18 à 22h pour que l'on puisse regrouper les appels. »*

Nombre de médecins téléconsultants

E2 « *Pas assez nombreux ; l'intérêt d'avoir plus de médecins c'est d'enrichir la solution et puis surtout une fois que tu fais la téléconsultation, tu y adhères quand tu pratiques. »*

E3 « *Ça reste un petit nombre de médecins qui le fait...ça reste un petit nombre de dossiers et un petit nombre de patients qui en profitent, même si cela représente déjà un certain volume. »*

Santé publique et système de soins

E2 « *Dans les statistiques le nombre de patients adressés aux urgences par la téléconsultation est proche de zéro. »*

E2 « *Cela donne une vraie vision du patient. Cela prend dix à quinze minutes pour évaluer l'évaluer, et dire à la fin « non ça passe pas on va aux urgences » : c'est quand même mieux que si tu envoies une ambulance. »*

E4 « *Cela diminue aussi le temps passé par les médecins au téléphone, et c'est une cascade positive pour l'économie. Si tu comptes pour l'ambulance aller-retour, la réception aux urgences, la prise en charge, et l'attente de voir revenir le bilan (parfois inutile) la nuit...»*

E3 « *Aujourd'hui il y a beaucoup de gens qui se retrouvent sans avis médical, alors que ce système pourrait permettre à quelqu'un isolé géographiquement d'avoir au moins un avis médical même s'il est insuffisant* »

Pratique de l'outil informatique

Appropriation outil faisable

E1 « *Un peu compliqué ; mais une fois qu'on a l'habitude de manier le logiciel, le site...cela se passe bien.* »

E3 « *La technique est assez simple quand même, le drive qu'ils utilisaient est simple d'emploi.* »

Outil fonctionnel

E1 « *Au niveau du logiciel il n'y a pas grand-chose à changer je pense, une fois que tu es formé c'est bien.* »

E3 « *Moi ça me convient très bien* »

3-f/DEVENIR DU DISPOSITIF

L'extension aux pompiers, ou aux hôpitaux périphériques, sont des points d'attention, afin d'augmenter le nombre de patients requérants, faire connaître le dispositif et in fine aider à convaincre des médecins d'y participer.

Extension aux pompiers

E1 « *Je crois que le docteur Badaoui - ça c'est un point positif - a pour projet de mettre la téléconsultation via les pompiers, c'est à dire que ces derniers iraient au domicile et on communiquerait avec eux. Ce qui permettrait d'avoir les constantes exactes prises par des professionnels et bénéficier de leur évaluation.* »

E1 « *C'est une aventure à continuer, mais peut-être à faire de façon différente comme le propose le docteur Badaoui avec les pompiers, pour varier et augmenter le volume d'appels.* »

Besoin de d'avantage de médecins téléconsultants

E4 « *Je suis convaincu que ça va aider. Après, pour l'instant, je pense qu'il n'y a pas tous les outils de notre côté pour convaincre encore les médecins de faire de la téléconsultation.* »

E4 « Difficile de convaincre d'autres médecins de faire ça, parce qu'en terme d'activité ce n'est pas encore développé, ou en tous les cas trop irrégulier. »

3-g/PISTES D'OPTIMISATION, AIDE AU RECRUTEMENT

Nous pouvons résumer par les propositions suivantes : augmentation du volume d'appels par l'extension du système et par la précision des critères de recours selon les motifs, ainsi qu'un rappel aux médecins régulateurs du fonctionnement ; discuter d'une rémunération d'astreinte ; l'acculturation des internes à la Permanence Des Soins (PDS) et à ce type de dispositif au cours de leurs études ; enfin, la promotion de cette possibilité auprès de la population générale, en amont d'un appel au centre 15.

Appels

Motifs téléconsultation

E3 « Faire les limites exhaustives du système : quels sont les motifs qui peuvent être faits ou traités par télé médecine, et quels sont les motifs qui ne peuvent pas l'être. C'est fait au Canada mais je n'ai pas l'impression que ça l'est en France. »

Augmentation en volume

E1 « Peut-être à faire de façon différente comme le propose le docteur Badaoui avec les pompiers. »

Financier : rémunération d'astreinte

E1 « Rémunération d'astreinte comme ils le font pour les maisons médicales. Je ne vois pas pourquoi du coup la téléconsultation, vu que l'on reste bloqué des heures à son domicile ça m'empêche d'aller travailler autre part. »

E3 « C'est une voie d'avenir, intéressante sur le plan financier aussi pour les médecins »

E4 « Si c'est un réel motif de téléconsultation c'est très facile, et plutôt confort : on est à la maison, on fait des ordonnances, ça prend vraiment 5 minutes de temps. Et puis du coup, quand c'est le forfait week-end ou quand c'est après 20h, c'est intéressant. »

Médecins régulateurs

Réassurance

E2 « De l'autre côté, pour rassurer le régulateur « qui va faire attention c'est un médecin prendre une décision il a une responsabilité ; s'il y a un risque ce n'est pas un infirmier ni un pompier ou une ambulance, c'est un médecin ». »

E2 « Tu as une vraie vision du patient, et tu peux décider assez rapidement si pense qu'il faut ou pas le rediriger vers les urgences ; c'est quand même mieux que si tu envoies une ambulance. »

Recours à la téléconsultation

E1 « Je pense qu'il faudrait peut-être faire des points de situation avec les régulateurs, parce que tous ne sont pas forcément au courant ; »

E2 « Les urgences ont dit « stop on arrête on est en tension ». C'est là que l'on commence à nous utiliser vraiment alors que ça doit être le contraire, on doit nous utiliser avant que les urgences soient saturées si possible. »

E4 « Il faudrait rappeler qu'il y a des médecins qui sont d'astreinte le soir et qui attendent les transferts d'appels pour ce qui est motif de téléconsultation. Peut-être faire davantage, entre guillemets, de publicité. »

Formation initiale et informations

Internes MG formation

E1 « Former les internes de médecine générale à ça un peu plus, parce qu'ils y seront confrontés beaucoup plus que nous. De cette façon-là, ou sur une autre plateforme. »

E1 « Cela serait bien qu'ils soient au courant. Je pense que du coup, s'ils étaient familiarisés en amont, ils auraient un peu moins d'appréhension et le recrutement se ferait aussi plus facilement. »

Liberté d'exercice

E3 « C'est la liberté de s'installer où on veut, on peut faire de la téléconsultation en tout lieu. »

E4 « Liberté d'installation, on n'a pas besoin d'avoir un cabinet, on peut travailler de chez nous. »

Recours urgence possible

E2 « C'est une couverture pour le médecin, s'il y a un doute, il enverra de lui-même la personne aux urgences. »

Promotion aux patients : campagne d'information

E2 « Pour les patients : un médecin il va pouvoir s'en rendre compte. Il peut faire déshabiller l'enfant et le voir nu, il va le voir respirer et évaluer son comportement. Je ne rentre pas dans la discussion de celui de moins de 2 ans car c'est assez spécifique. »

E2 « A la Timone 5h d'attente, j'ai appelé le SAMU juste pour savoir si je peux attendre le lendemain. Je l'ai vu dans tous les sens, il allait bien, à 4 ans pas besoin de se déplacer »
« C'est typiquement ce genre de situation. Encore l'autre jour, à 21h il y a une douleur dentaire qui a été envoyée aux urgences, régulée par le SAMU. Qu'est-ce que les urgences vont faire de plus sur une douleur dentaire ? »

E3 « Nos confrères canadiens l'ont fait il y a une dizaine d'années avant nous, même plus, ça marche très bien, et les gens lorsqu'ils savent que ce mode de fonctionnement marche, ils sont d'avantage demandeurs. »

4 – Analyse des données recueillies au cours des entretiens avec les médecins régulateurs

4-a/PRATIQUE QUOTIDIENNE & RECOURS

Bien qu'étant convaincu des bienfaits du déploiement de la téléconsultation dans le cadre de la régulation des urgences, et de la connaissance de l'existence du dispositif, l'usage de l'échantillon de régulateurs va de fréquent à très rarement.

Fréquence d'usage

E5 « Concernant la régulation urgentiste, ça arrive mais ça reste quand même à la marge. »

E6 « Je n'y pense pas spécialement lorsque je fais de la régulation. Donc très rarement. »

E7 « J'utilise plutôt pour tout ce qui est régulation libérale et pas régulation hospitalière, bien que j'ai tendance à dire en off aux patients qu'il y a cette possibilité-là s'ils le veulent. »

E8 « Maintenant quand je régule certains besoins je transfère sur la téléconsultation, cela fait partie d'une des réponses qu'on a comme toutes les autres (les conseils simples). »

E9 « Fréquemment, oui fréquemment. »

Connaissance dispositif

E6 « Eh bien en fait, j'ai connaissance du dispositif, j'en suis informé. »

E6 « En ce sens d'ailleurs, nous [les urgentistes] sommes au courant de son existence et de cette possibilité. »

E9 « Je réalise aussi des téléconsultations au 15, je connais l'autre côté. Je régule au 15. »

Utilité dispositif

E6 « Je suis convaincu que ça peut être utile dans le contexte actuel, la téléconsultation en tant que telle est une solution d'avenir. »

E7 « Je suis persuadé que c'est très utile. » « Le Nord du Var est très peu fourni, il y a peu de densité de population et encore moins de médecins du coup. Il y avait quelques cabinets de téléconsultations bien grésés mais qui ne marchent pratiquement plus, on a pas mal de VLI du coup. Il y a également quelques médecins correspondants Samu, et des visites de SOS médecins ou équivalents. »

E7 « Pour les patients aux urgences, si tu sais qu'il y a la téléconsultation ça limiterait pas mal de trucs. On voit plein de « bobologie », ou de cas où tu dis que cela ne relève pas des urgences. Ça ne sert à rien que les gens se déplacent. »

E8 « C'est vrai que ça permet d'alléger les conseils simples lorsque c'est quelque chose qui va prendre un peu plus de temps et que par exemple l'on a besoin d'avoir une vision d'ensemble que l'on n'a pas en régulation 15 ; et puis on a pas le temps de faire la visio quand on régule. » « Si, ça dépanne. »

E9 « Ça n'évite pas tout parce que parfois en creusant un peu l'on se rend compte que ça nécessite quand même un examen, c'est un filet supplémentaire. »

4-b/CRITERES DE REGULATION

A ce jour, ils apparaissent comme étant non spécifiques, sans barème ou recueil *ad hoc*.

E5 « C'est à l'appréciation du régulateur, il n'y a pas de barème particulier »

E6 « Non, non spécifique »

E7 « Sur mes indications, c'est tout ce qui a besoin d'être en visio et sans critères de gravité, pour lesquels j'ai pas besoin d'avoir assez rapidement une paraclinique et qui évolue finalement depuis peu longtemps, ou peu symptomatique et évoluent depuis x temps : il y a des patients qui appellent parce que depuis x temps ils ont un problème, et que là ça monte un petit peu mais qu'ils n'arrivent pas à consulter le médecin. Voilà, en sachant qu'il existe pour téléconsulter des sites qui font de la médecine générale mais de la spécialité aussi. »
« Et l'autre versant c'est le tableau qui évolue depuis moins de 24h sans aucun signe de

gravité : là j'ai tendance à facilement leur dire d'essayer de contacter un médecin en téléconsultation et ça ira très bien. »

E8 « Lorsqu'il n'y a pas besoin d'examen physique présentiel (ausculter, examiner un ventre), ou par défaut en dépannage à un endroit où il n'y a pas de médecin physiquement disponible. Entre le simple conseil téléphonique et l'envoi de l'ambulance. »

E9 « Il n'y a pas de précis ou de recueil. Chaque cas est un peu différent, les téléconsultations en Samu on n'envoie pas ce que ce qu'on ne peut pas voir en téléconsultation cabinet. »

4-c/ASPECTS FONCTIONNELS ET AVANTAGES PERÇUS

Si certains n'ont pas perçu de différence, d'autres mettent en avant une diminution du nombre des appels, du temps passé à y répondre ou le recours aux SAU. Il n'y a pas de difficulté technique.

Diminution du nombre d'appels, ou de recours aux urgences

E5 « Cela nous permet d'avoir un petit peu moins d'appels. »

E8 « L'avantage majeur c'est d'essayer de ne pas envoyer les gens à l'hôpital et d'encombrer les urgences pour rien. »

E9 « Quand on est vraiment limite sur le doute d'une hospitalisation, on va essayer de creuser un peu parce que nous on a aussi un problème de temps au niveau de 15. Le but étant bien sûr d'éviter d'envoyer les gens aux urgences pour rien ; quand on est un peu entre les deux de se dire « bah tiens celui-là je suis pas sûr j'ai pas tous les éléments je préférerais quand même qu'il soit examiné », au lieu de l'envoyer aux urgences directement on peut avoir cette alternative »

Elargissement des indications de recours à la téléconsultation

E8 « Nous avons tendance à élargir les indications. Un exemple typique par téléphone ce sont les équilibrations d'INR chez les patients en maison de retraite ou que les maisons n'arrivent pas à joindre le médecin traitant ; c'est quelque chose que je faisais en régulation libérale (c'est un peu long) que l'aide-soignante sur place récupèrent tous les historiques des dosages et des variations de dosage qu'il y a eu, les différents types d'INR l'antériorité »

E9 « Typiquement les enfants avec des douleurs abdominales, ou les personnes âgées qui ont une gêne respiratoire; mais après cela peut être des personnes qui ont besoin simplement d'affiner l'interrogatoire sur l'intérêt de délivrer une ordonnance. C'est essentiellement ça ; je

pense à une histoire infectieuse urinaire, un problème de suivi de traitement les gens en rupture de traitement. »

Pas de difficulté technique

E5 « *Sur le plan technique non pas de souci particulier »*

E6 « *Du coup non. »*

Pas de différences perçues

E6 « *La téléconsultation avec les cameras ou webcam, et avec la connexion internet généralisée à l'ensemble du territoire national, c'est l'avenir. Après localement, non pas vraiment. »*

E7 « *Pas vraiment du coup. »*

4-d/POINTS NEGATIFS

En somme, la perception de la réduction des appels serait anecdotiques. Les patients faisant face à un fait nouveau en situation de stress optent une aide immédiate par les conseils, d'autant plus en cas de problème technique (matériel ou réseau), et une connaissance parcellaire sur le fonctionnement ne permettant pas forcément de bien leur présenter cette solution. De plus, les régulateurs hospitaliers participant actuellement à la régulation généraliste ne sont pas toujours formé aux spécificités de la médecine de ville, et ce d'autant plus au regard de leur nombre et de la nécessité d'armer le poste de régulateur hospitalier. De plus, la notion de délai dans la gestion à distance des patients est complexe à appréhender. Par ailleurs, l'existence du système vient créer des boucles de communication par allers retours et des tâches supplémentaires pour les ARM, en opposition avec la nécessité d'avoir un centre de régulation opérationnel, robuste et des circuits d'échanges fluides et limités en nombre.

Appels

E5 « *Très franchement ça reste très anecdotique. »*

Problématiques soulevées par les patients

Anxiété des patients

E5 « *Notamment ça dépend souvent de la volonté des gens d'accepter la téléconsultation. »*

E5 « Sur le plan des patients il existe un a priori là-dessus, et l'on n'a pas l'impression que les gens sont complètement prêts à basculer sur la télé médecine. »

Préférences allant au conseil en ligne, ou à la consultation en présentiel

E5 « La plupart du temps les patients préfèrent de toute façon nous avoir au téléphone, et les conseils qu'on leur prodigue leur suffisent. Ils préfèrent avoir une consultation vraiment physique qu'en ligne, pour l'instant. »

Limitations techniques du côté du patient

E9 « Sur les limitations techniques viennent parfois des patients, s'ils n'arrivent pas à se connecter, ou ils ont pas d'ordinateur ou pas de réseau. »

E9 « C'est un problème qui arrive fréquemment je pense. Je vous dis ça parce que j'étais de garde mercredi soir et je voulais les orienter vers la téléconsultation, mais l'ARM m'a dit on ne peut pas le faire ils ont pas le matériel. C'est une limitation technique des particuliers, non pas une limitation du côté des urgences. »

Exercice de la fonction de régulation

Glissement fonction, absence de qualifications requises

E6 « Personnellement j'ai eu une formation de généraliste, donc je sais comment faire pour répondre aux demandes des patients dans le cadre de la ville. Aujourd'hui, les urgentistes n'ont pas ce passage dans leur cursus ; du coup, lorsqu'ils assurent la régulation généraliste ils peuvent être parfois gênés pour répondre aux demandes qui leur sont faites. »

E6 « Actuellement, en fin de compte, nous subissons la régulation médicale, car nous pratiquons pour les autres. Nous (les urgentistes, plutôt prévu et formé pour régulation hospitalière), servons dans le dispositif notamment à ce poste de régulateur généraliste. Avec de plus en plus d'appels et de demande au 15, et en particulier à ce poste pas vraiment prévu. »

Postes régulateurs

E6 « Depuis 6 mois, nous avons dû passer de 2 régulateurs généralistes à 4 car nous recevons de plus en plus d'appels pour le temps qu'il va faire demain (pour donner un ordre d'idée du décalage entre les urgences et certains motifs d'appelants). L'urgentiste régule seul de son côté, et souvent l'on a besoin d'être deux ; donc le médecin qui normalement n'assure que le Smur assure le renfort en même temps de la régulation hospitalière. »

E7 « Sur le Var en tout cas, nous les régulateurs urgentistes avons peu ou prou le même point de vue : la téléconsultation est une très bonne chose, mais ça ne devrait pas être à nous gérer la régulation généraliste. »

Limitations du distanciel

E8 « C'est vraiment une voie de développement. C'est-à-dire que la téléconsultation pure est assez limitée dans la mesure où l'on a besoin d'avoir des yeux et des mains sur place ; la vidéo et le numérique ne remplacent pas forcément tout ça. »

Formation sur le fonctionnement du dispositif

E5 « Nous avons simplement reçu un mail collectif, nous informant de sa mise en place. »

E7 « De formation sur son fonctionnement, nous n'en avons pas vraiment. »

Organisationnel

Interactions supplémentaires

E6 « Cela crée également des boucles d'interaction supplémentaires (ARM qui nous l'adresse, on lui renvoie, il doit rappeler les gens, appeler l'organisme et les patients, remplir les créneaux). Alors que l'on devrait plutôt simplifier les échanges. Il y a donc des circuits supplémentaires. »

Délai

Il comprend la gestion des patients, afin de leur expliquer le circuit téléphonique et visiophonique, ainsi que la gestion d'une éventuelle intervention pour le régulateur.

E6 « On pourrait faire plus efficace et y avoir recourt plus souvent, mais j'imagine que c'est difficile au niveau organisation des consultations ; c'est-à-dire à cause de la notion de délai. »

E8 « En général dans la journée, mais ça peut être en fin de journée, alors qu'on a régulé quelque chose dans la matinée. Du coup ça limite à des choses qui sont pas non plus très pressées, parce qu'on maîtrise pas le délai d'intervention derrière la téléconsultation. »

E8 « Quand on régule, de faire comme réponse au patient « attendez et le système des consultations va vous rappeler et il vous règlera votre problème dans la journée, dans la fin de journée ou dans la soirée », n'est pas toujours évident. Et même au niveau du régulateur médical, selon leur(s) pathologie(s) quand on a besoin que les gens ou leur famille aillent chercher à la pharmacie des médicaments on peut avoir des choses un peu plus urgentes, comme une cystite qui évolue un peu mal des choses on aimerait bien pouvoir maîtriser le délai. »

4-e/PISTES D'AMELIORATION

Avec la nécessité de passer par un médecin régulateur, les propositions se résument selon trois axes. Pour les régulateurs, l'officialisation par l'ARS de possibilité de déclenchement via Samu serait nécessaire, ainsi qu'une ré explicitation du fonctionnement exact du système en vue de convaincre les patient. Pour ces derniers, en sus du bouche à oreille, il serait bienvenue de rappeler à la population de la région les motifs d'appel du 15 travail en amont auprès de la population par une campagne d'information. Sur le plan organisationnel, il faudrait discuter de l'ajout de bandes supplémentaires sur le temps d'attente en appelant le 15, et discuter d'une externalisation du système. A cela s'ajoute les difficultés de recrutement s'inscrivant dans des tendances sociétales et générationnelles plus globales, mais la mise en place prochaine du SAS devrait permettre de réduire l'implication des régulateurs hospitaliers sur la régulation libérale.

Campagne d'information des patient

E5 « *Il aurait la promotion à faire de ce dispositif auprès de la population générale, parce que souvent ils le découvrent une fois qu'ils nous ont en régulation.* » « *En tout cas le un point important par rapport aux patients serait de faire une campagne un peu plus promotionnelle, peut-être régionale où départementale.* »

E6 « *L'idéal serait une publicité, ou une vidéo : montrer des images du fonctionnement, oui une sorte de publicité.* »

E7 « *Mais c'est surtout auprès de la population générale qu'il faudrait déjà un rappel que l'on appelle pas le 15 pour tout ce qui ne va pas, et puis une sensibilisation à l'existence d'une structure externe.* »

Démonstration système aux régulateurs

E5 « *Après au niveau du régulateur, c'est sûr qu'il faudrait nous aillons des démonstrations du fonctionnement : c'est un dispositif grosso modo l'on nous on dit « voilà ça existe » et après c'est les permanenciers qui font la téléconsultation depuis la maison. Nous n'avons aucune idée de comment ça marche ; donc je suppose que le numéro des patients est affilié sur une centrale de téléconsultation, et qu'ils sont rappelées via une application visiophonique.* »

Proposition de modification du circuit de téléconsultation

Bande d'attente

E6 « De même, il faudrait un numéro de généralistes régulant et/ou pour un accès direct aux téléconsultation, via une structure externe relevant d'un service public. »

E7 « Cela pourrait même être mis sur la bande d'attente initiale vocale du SAMU. Si tu appelles pour avoir un conseil et que tu apprends qu'il y a une possibilité d'accès en téléconsultation, les patients pourraient raccrocher et appeler la téléconsultation, voire appeler où se mettre en lien avec la téléconsultation. »

E7 « Je ne sais pas s'il pourrait y avoir un numéro dédié vu qu'il y a plusieurs boîtes. Mais en tout cas que l'information circule. »

Système entièrement hors du Samu

E6 « Il ne faudrait donc pas que cela soit le fait par le SAMU. Cela pourrait se concrétiser par une autre entité qui s'en occupe. In fine le SAMU doit rester un service de recours aux urgences sévère voire grave. Il faudrait un numéro direct dédié, qui ne passe pas par l'ARM et le régulateur (lequel), en fait pas par la structure même du SAMU. »

E6 « Avec un numéro une structure un fonctionnement et des personnels dédiés, et avec des téléconsultations accessibles par ce biais-là. En tout cas une structure externe au SAMU, afin de ne pas complexifier d'avantage son fonctionnement. »

Téléconsultation intra Samu

E8 « J'avais envisagé que l'on fasse une téléconsultation directement dans le 15 mais il faut du personnel pour le faire. Si on pouvait basculer directement sur un médecin de téléconsultation qui soit directement accessible en permanence derrière, je pense tout de même que l'on élargirait le cadre des téléconsultations. »

Personnel sur le lieu d'intervention

E8 « Je trouve que ce qui permettrait déjà d'élargir le périmètre, c'est effectivement le fait que les consultations sont en rapport avec un professionnel de santé sur place. C'est nettement mieux quand on a une infirmière au domicile. »

E8 « Il y a moins de problèmes de compréhension, d'analyse, on a quelqu'un sur place qui permet d'avoir des signes cliniques objectifs; ça permettrait de faire plus de choses. On pourrait faire plus de prescriptions par téléconsultation si l'on a sur place un correspondant qui est en fait un professionnel paramédical. » « Par exemple l'équilibration d'intention qu'on fait actuellement avec les protocoles LOXEN® par téléphone, pour adapter un

traitement, pour équilibrer...Pour quelqu'un qui est en train de décompenser au niveau cardio respiratoire en téléconsultation on peut aller plus loin si on a une infirmière sur place qui est capable de prendre des constantes, de donner son avis sur l'état clinique et cetera et qui connaît le patient. »

Orientation des patients

E7 « Reste la question de l'aiguillage bien sûr. Car tout doit passer par un médecin, l'ARM ne prend pas l'initiative de dire que cela ne relève pas d'un avis médical ; en particulier après ce qui s'est passé à Strasbourg, on ne peut renvoyer sans avis. »

Légal et juridique : officialisation de la possibilité de déclenchement par Samu

E7 « Le déclenchement via le SAMU n'est pas officialisé et du coup simplement pour ce problème c'est nous en tant que médecin hospitalier qui faisons de la régulation ; nous n'avons pas l'autorisation d'y recourir aussi fréquemment que l'on voudrait. »

E7 « Après ce serait bien que les responsables et les chefs de chacun se mettent en relation pour qu'on puisse enfin le déclencher au niveau du SAMU » « C'est peut être simplement des lenteurs administratives et de services qui se mettent en contact les uns avec les autres pour enfin valider le fait que cela soit fiable, et reconnu. »

Mise en place du SAS, en lien avec l'ARS

E7 « Mais souvent c'est beaucoup d'organisationnel, et c'est vrai qu'avec la mise en place du SAS en décembre on va se libérer du coup de la régulation libérale. »

E8 « Les hospitaliers régulent plutôt de la médecine d'urgence, en général. Après ça dépend, actuellement ils régulent aussi la médecine générale vu qu'ils sont aussi posté en régulation de médecine générale. Mais comme ils sont en AMU je pense qu'ils ont un peu moins besoin (situations plus urgentes qui nécessite le plus souvent une intervention). En médecine générale ça dépend de chacun. »

Limitation recrutements des (jeunes) médecins

E9 « Ca ne les intéressent pas de faire de la téléconsultation à 3h du matin. Tout simplement ; le problème c'est l'horaire. »

E9 « C'est ce que nos autorités ont pas intégré, ils n'ont pas anticipé le numerus clausus qui était largement anticipable depuis 40 ans. Ils n'ont pas anticipé la féminisation de la profession sans être démagogique bien sûr puisque quand moi en 1998 il y avait 80% de d'hommes aujourd'hui 80% de femmes ; qu'on le veuille ou non sans être misogyne, elles travaillent moins que les hommes, entre les enfants et le reste. Et puis la 3e chose c'est qu'ils ont pas intégré que les jeunes n'ont plus envie d'autant bosser en règle générale. »

E9 « Nous, on a un gros souci de recrutement comme partout, il manque des médecins en ville mais aussi à l'hôpital ils manquent partout. »

PARTIE III – DISCUSSION

A – FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1 – Forces de l'étude

- **Sujet et choix de la méthode**

Dans un contexte d'évolution majeure de la société et des TIC au cours des deux dernières décennies, et d'une transformation du rôle du médecin généraliste et des difficultés inhérentes, cette étude présente une évaluation d'un exemple de dématérialisation de la consultation, une fois régulée, dans le cadre de la PDS. Les objectifs visés étant de permettre de réduire le nombre d'appels traités par les régulateurs, le temps passé à prodiguer des conseils médicaux, une téléconsultation de qualité avec l'émission d'ordonnances ou la réorientation vers une structure hospitalière en cas de nécessité de procéder à une levée de doute.

La méthode qualitative présente l'intérêt d'explorer les différentes opinions et les expériences des médecins interrogés. La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, grâce à un formulaire comprenant des questions ouvertes, a permis de les orienter sur certains thèmes tout en laissant libre cours à leur réflexion et remarques sur les différentes facettes du sujet, dans un cadre pouvant permettre une plus grande liberté de parole qu'en *focus group* par exemple.

Le biais de sélection ne concerne pas cette étude par la nature de sa méthode qualitative, car celle-ci n'a pas un but de représentativité.

- **Population sélectionnée**

Il nous a semblé pertinent de pouvoir disposer du point de vue des deux types d'acteurs médicaux impliqués dans le fonctionnement opérationnel, car ayant des fonctions et points d'attention différents en termes d'objectifs tactiques.

- **Entretiens**

 - Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés à un jour et un horaire fixés par les praticiens interrogés, afin de permettre leur bon déroulement – en étant choisis et non subis – et d’éviter au maximum les interruptions.

Analyse des résultats

L’enquêteur est également analyste, ce qui présente l’avantage de prendre en compte les éventuelles émotions des personnes interrogées. De plus, un double codage des données a été réalisé grâce à la relecture et l’interprétation d’une deuxième personne, de profession médicale mais ne connaissant pas les médecins interrogés. Nous ne retenons pas de biais d’interprétation dans le vécu des situations, compte tenu du fait que l’enquêteur ne connaissait pas la grande majorité des personnes interrogées.

2 – Limites de l’étude

- **Méthodologie**

Le choix d’une étude qualitative comporte une limite inhérente à la méthode, qui est un manque de reproductibilité et de généralisation des résultats (validité externe).

- **Biais**

La réalisation d’entretiens semi-dirigés est très dépendante de l’enquêteur et de son savoir-faire. Dans cette étude, le chercheur, utilisant cette méthode pour la première fois, a vu se perfectionner peu à peu sa manière de réaliser les entretiens.

Il y a donc pu y avoir un biais d’investigation liée à cette progression. L’effet potentiel est une forme de minoration de la place réservée aux éléments relevés lors des premiers entretiens. L’investigateur a cherché à rester aussi neutre que possible.

Un biais d’implication peut être noté, car les sujets abordés touchent à la manière personnelle de mener les consultations. Il est donc possible que cela ait pu influencer le discours des médecins, par crainte d’un jugement sur leur pratique personnelle. Un rappel de la confidentialité des données a été systématiquement effectué afin de limiter la retenue des participants.

- **Données recueillies**

Sur les six entretiens souhaités pour chaque type d'acteurs, nous n'avons en recueillir que quatre (téléconsultants) et cinq (régulateurs hospitaliers et généralistes). Le recrutement s'est effectué par mail. Un exposé bref du travail, ses motivations, son objet ainsi que les modalités de réalisation des entretiens (déroulé et temps estimé) et de détermination des jour et horaire à la convenance des interrogés, a été rédigé et adapté à chacune des deux populations interrogées. Il a été transmis ensuite aux différents responsables disposant de l'ensemble des adresses mails ou réseaux, qui en ont fait une diffusion générale (téléconsultants, régulateurs hospitaliers, régulateurs généralistes avec deux associations). Il a été procédé à plusieurs relances auprès des responsables d'une part, et d'autre part à un envoi de mails directement à des médecins dont les coordonnées ont pu être récupérées ultérieurement. Au total, il n'y a eu qu'une dizaine de réponses (positives ou négatives) à l'enquêteur. Pour rappel, les téléconsultants étaient douze, et les régulateurs au moins soixante personnels.

Nous expliquons en partie cela par la situation très tendue du système de recours aux urgences et la sollicitation conséquente des personnels médicaux, en particulier dans le contexte estival de 2022. Nous ne pouvons donc malheureusement pas considérer avoir atteint la saturation des données. En particulier, pour les régulateurs, il y a sans doute des éléments qui mériteraient d'être confirmés ou des éléments qui, non mis en évidence, qui pourraient venir enrichir notre analyse – sans toutefois la remettre en cause sur le fond.

B – SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

1 – Nombre de téléconsultations : un recours trop limité pour en faire un mode de traitement des urgences attractif, quelles solutions ?

Bien que possédant des avantages reconnus, la nouvelle procédure est employée de manière irrégulière et peu fréquente. De manière sans doute inattendue, le patient lui-même affaiblirait le taux de recours à la nouvelle procédure. En effet, il ressort des entretiens que le patient, généralement en situation de stress et confronté à une procédure inattendue, se limite aux conseils du régulateur ou même change d'avis en se rendant injoignable.

Pour les médecins régulateurs, plusieurs facteurs se conjuguent qui empêcheraient un recours généralisé à la procédure. D'une part les régulateurs reconnaissent une connaissance parcellaire de la procédure dans son ensemble. Ils éprouvent alors des difficultés à informer correctement le patient sur l'intérêt du dispositif. Par ailleurs, dans un domaine où la judiciarisation des actes est toujours sous-jacente, l'absence d'une officialisation administrative par l'ARS n'encouragerait pas les praticiens à user de la procédure.

Pour les médecins libéraux ce caractère aléatoire du recours à la procédure génère une suggestion supplémentaire, sans que celle-ci soit compensée par un avantage financier suffisamment régulier pour être attractif.

Il semblerait, au regard de l'ensemble des entretiens conduits avec les deux populations de praticiens, que seule une généralisation de la procédure pourrait la rendre robuste. Il s'agirait d'une part d'en étendre le périmètre en l'appliquant aux hôpitaux dit « périphériques » et à d'autres acteurs comme les pompiers. Il s'agirait d'autre part de favoriser le recrutement de praticiens, et conjointement de préciser clairement les règles d'emploi de la procédure. Enfin, de donner aux régulateurs les éléments nécessaires et convaincants pour informer correctement les patients.

2 – Gestion de la régulation : articulation médecine de ville et médecine d'urgence, des fragilités à surmonter

Une partie des entretiens nous apprend que les régulateurs qui participent à la régulation généraliste ne sont pas toujours formés aux spécificités de la médecine de ville. Par ailleurs, pour le régulateur il s'agit d'intégrer un nouvel intervenant, le médecin de ville ainsi que de nouvelles procédures coûteuses en temps, conséquence de la gestion à distance des patients.

Cette diversification des modes de gestion du patient peut conduire à rendre un peu plus complexe les procédures rapides et robustes employées dans un CTA. Il s'agit de concilier des modes d'actions qui ne répondent pas aux mêmes contraintes de temps et de nature des opérations.

Sur l'aspect « régulateur dépendant », il conviendrait de dépasser cette opposition apparente entre des médecins de ville qui supposent que les médecins régulateurs ignorent ou connaissent mal les procédures, et les médecins régulateurs ne percevant pas l'intérêt de recourir aux médecins de ville. Pour cela, il est primordial de mettre en avant pour les sceptiques ce que certains régulateurs constatent déjà : une diminution du nombre d'appels, ainsi que du temps passé à y répondre.

Une officialisation de la procédure et l'ensemble des mesures qui y seront associées (procédure partagée, concertation, information notamment) par l'ARS devrait concourir à améliorer cette articulation, cette connaissance mutuelle, entre urgence et médecine de ville. Sur ce dernier point, le médecin responsable au sein du SAMU déclare avoir été missionné et donc financé par l'ARS. Il serait nécessaire de lever l'ambiguïté devant ces signaux contradictoires.

3 – Gestion de la téléconsultation : un renforcement indispensable de la maîtrise des outils et procédures propres à la téléconsultation

Il ressort également de l'étude conduite que la formation aux outils de téléconsultation n'est pas suffisamment organisée et systématique. La formation sur le tas ne peut suffire si on a l'ambition de généraliser le système. A cela il faut ajouter les limites des outils eux-mêmes, notamment l'absence de possibilité de réaliser des examens cliniques, surtout lorsque la visiophonie est défectueuse, ou plus prosaïquement l'absence de moyen de paiement fiable.

Par ailleurs, au-delà des éléments relevant des aspects matériels du numérique, il est important de noter les difficultés qui peuvent être créées en matière de gestion de données personnelles. Par exemple, le logiciel repose en partie sur un drive commun où le dossier est mis avant classement par les ARM (donc temporairement accessible à tous les personnels de téléconsultation). Il y a là une zone de flou légal. De manière générale, c'est la connaissance et la mise en œuvre du RGPD qui doit faire l'objet d'une attention accrue.

La plus-value d'un recours aux outils numériques pourrait être mieux valorisée. Les impacts sont concrets et exprimés lors des entretiens : fluidité de la communication avec les assistants de régulation médicale (ARM) et secrétaires, regroupement des téléconsultations, et leur impact sur le système de santé et les urgences. Les progrès effectués en matière

d'ergonomie et de facilité d'apprentissage croissante des outils informatique pourraient contribuer à renforcer la maîtrise des outils par les personnels de santé et rendre le système plus fiable.

4 – Recrutement des téléconsultants : un dispositif novateur qui s'inscrit dans un monde médical en mutation, un essai à transformer

Le dispositif mis en place s'appuie des retours d'expérience, des expérimentations ou études similaires consolidées (96). Il s'inscrit dans les tendances actuelles en matière de numérisation des données et de réorganisation du système de santé.

Le faible taux de recours à cette nouvelle procédure et les fragilités détaillées précédemment illustrent que la dynamique créée est insuffisante pour l'obtention de résultats plus significatifs. Pourtant son impact est réel comme l'attestent les statistiques, même en regard de la forte variabilité dans son usage et de multiples contraintes évoquées précédemment.

Les avantages que pourraient en retirer des médecins libéraux sont nombreux : intégration au système de PDS avec une répartition des appels. Également, une inclusion dans une zone géographique connue avec son organisation de système de santé propre.

Comme cela a été mis en lumière dans la première partie de l'étude, des facteurs plus généraux influent sur la fréquence de l'usage de ce type de procédure. Les difficultés de recrutement (quelle que soit la spécialité) s'inscriraient dans des tendances sociétales et générationnelles plus globales. Les éléments les plus évoqués par les personnes qui ont participé à ces entretiens portent sur les questions de rémunération des astreintes, et l'implication des internes de médecine au cours de leur formation à ce type de PDS.

5 - Population générale : le patient, un acteur à part entière de cette dynamique

Les entretiens ont révélé l'influence de l'attitude du patient sur l'usage ou non de la procédure. Lui aussi a besoin d'être formé ou au moins informé en amont de tout appel aux services d'urgence. Il serait judicieux de procéder à une campagne d'information pour rappeler comment utiliser le « 15 », dans quels cas y recourir et parallèlement communiquer à propos de cette nouvelle procédure de recours aux téléconsultations régulées. De manière

très concrète, il conviendrait notamment de modifier les messages enregistrés communiqués aux patients pendant leur temps d'attente lors d'un appel au CTA.

A cette fin, il faudrait pouvoir intégrer un retour de patients, non pris en compte ici par souci de méthodologie. En effet avec la téléconsultation ou une gestion médicale par téléphone, il y aurait une perte de contact humain direct (communication non verbale, la relation plus spécifique avec leur praticien référent...), et donc de repères. A fortiori dans le cadre du dispositif.

Ce retour pourrait porter sur leurs attentes vis-à-vis de la téléconsultation dans le cadre de l'urgence de manière générale. Mais aussi une évaluation à posteriori pour ceux ayant bénéficié d'une ou plusieurs téléconsultations par le SAMU.

6 – Avis sur le positionnement du système : des mesures d'ordre organisationnel à évaluer

En sus des propositions émises plus haut, il nous semble opportun d'émettre un avis sur le positionnement du système. Deux positionnements pourraient être à discuter :

- une externalisation (comme évoqué plus haut) visant à découpler les appels urgents au 15 vers une organisation départementale séparée avec ses propres secrétaires et médecins. Cependant, tout appel doit être impérativement régulé par un médecin formé à cet effet. Cela impliquerait également la création de nouvelles structures et recrutement de multiples personnels.
- à l'inverse, une internalisation avec pour objectif de n'avoir que peu de délai entre la décision du régulateur et la conduite effective de la téléconsultation, facilitée par une gestion en interne des données de santé. Par exemple, un patient pourrait être dirigé directement vers un régulateur libéral qui détermine rapidement et renvoie de manière plus "impérieuse" vers une téléconsultation. Cela viserait également à préserver les régulateurs hospitaliers, qui sont formés à gérer des situations cliniques plus graves ou sévères.

D'autres systèmes similaires de recours à des téléconsultations (notamment plus spécialisées) pourraient être envisagés en complément (80).

7 – Prolongation des travaux : pour aller plus loin dans le cas d'une généralisation du dispositif

Les entretiens conduits lors de cette étude ont fait intervenir deux types de population issues du personnel de santé. Compte tenu du peu de retour pour une participation à cette étude, nous ne pouvons que peu extrapoler. En effet, malgré plusieurs relances générales, et une grande disponibilité de l'enquêteur quant aux conditions de fixation de date et heure, nous n'avons eu qu'une dizaine de retours directs de leur part.

Nous avons illustré néanmoins l'importance de l'attitude du troisième acteur majeur : le patient confronté à un dispositif nouveau.

Il serait donc pertinent de recueillir les témoignages des patients ayant bénéficié de cette procédure. De manière concrète, à partir de données issues de questionnaires de satisfaction (via sms ou mail), et de l'exploitation du zonage géographique de la provenance des appels, nous disposerions d'un éclairage nouveau sur les mesures nécessaires à une installation du système dans la durée, en l'orientant vers les besoins de la population de chaque territoire.

La création de la dynamique souhaitée devrait aussi s'appuyer sur les enseignements tirés d'autres types de téléconsultation à l'échelle nationale ou régionale (dans les armées, dans le secteur maritime, un centre récent de la CMACGM...), notamment en matière de réseaux et de protection des données.

Enfin, une concertation pourrait s'ouvrir avec les internes en médecine générale sur la question de leur formation, de la conception de la PDS et ses aspects financiers.

Au Final

Toutes ces propositions, ainsi qu'un approfondissement des éléments déjà mis en évidence par notre étude, pourraient faire l'objet d'un travail ultérieur de recherche, afin d'avoir une vue plus globale du dispositif et d'alimenter les discussions sur les changements ou évolutions à apporter en vue de son développement et de sa pérennisation.

CONCLUSION

Comme nous avons pu le voir au fil de ce travail, le système de téléconsultation par réseaux de médecins en ville couplé à la régulation par le Samu a toute sa place dans une dynamique de transformation de la politique de santé publique. Son développement est directement lié aux problématiques de flux de patients, à leur information et à leur acculturation à cette possibilité de réponse, ainsi qu'au nombre de téléconsultations ouvertes par la population de médecins téléconsultants, sachant qu'un nouveau dispositif de traitement des urgences serait condamné par des carences techniques ou pratiques.

Les conditions de réussite sont notamment l'ampleur du rappel et de la sensibilisation de la population générale sur le recours aux urgences en général et sur l'utilité de ce dispositif en particulier, en amont et dans le temps d'attente lors d'un appel au centre du Samu ; une information plus détaillée aux régulateurs et une officialisation par les instances de santé compétentes ; une réflexion sur la formation de premier recours des internes, ainsi qu'un financement d'astreinte des médecins. Ce qui *in fine* pourrait jouer sur le recrutement de téléconsultants et le déploiement de ce système.

L'inclusion de la téléconsultation dans le fonctionnement de notre système de santé est actée par un ensemble de lois et décrets, et mise en application dans de nombreux domaines. Elle s'inscrit dans les tendances socio-démographiques et ses modifications à venir, en particulier les choix et décisions politiques du PLFSS 2023, les réformes sur le 3^{ème} cycle des études médicales, l'absence d'aboutissement à l'installation et participation à la PDS de nombreux médecins, et les difficultés des personnels soignants...

En parallèle, la téléconsultation doit bénéficier d'une réflexion sur son impact dans les relations interpersonnelles. La santé du futur implique d'évaluer les impacts et l'organisation des soins actuels et de donner la priorité dès sa conception à la simplification du parcours de soins pour le patient (DMP, gains en économie de santé...), à la problématique des déserts de soins médicaux, à la numérisation avec le partage des données de santé au niveau européen ainsi qu'à l'évaluation des risques et apports de l'usage de l'IA et de la robotisation (37).

Il nous importe de ne pas oublier que la présence concrète, le contact humain reste la base de nos interactions, à fortiori à l'heure des changements de paradigme qu'il s'agisse de la considération de l'acte médical comme bien de consommation ou les fortes et multiples modifications de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 1 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
2. Ministère de la Santé et des Solidarités M. Ma santé 2022, un engagement collectif - Synthèse.pdf. 2019;4.
3. Ministère de la Santé et des Sports ierre S et DA. Rapport_final_La place de la télémédecine dans l'organisation des soins_2008.pdf. 2008.
4. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2018 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
5. ARS. Les fondements de la politique régionale de santé [Internet]. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/les-fondements-de-la-politique-regional-de-sante>
6. Accès aux soins de proximité | Agence régionale de santé PACA [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/acces-aux-soins-de-proximite-1>
7. Ministère de la Santé et des Solidarités. Fait(s) ! Bilan de la feuille de route du numérique en santé 2019 - 2022 [Internet]. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/actualites/faits-bilan-de-la-feuille-de-route-du-numerique-en-sante-2019-2022>
8. Rausas FPD. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA. 24 févr 2021;192.
9. Luzet J. Crise du COVID-19 : Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient. 4 nov 2020;29.
10. Belio A. Adaptabilité de médecins de premier recours en ambulatoire face à la pandémie COVID-19. 23 juin 2021;117.
11. Lancement de la stratégie de transformation du système de santé [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/lancement-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante-0>
12. World Health Organization, éditeur. Health21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. 32 p. (European health for all series).

13. WHO Group Consultation on Health Telematics (1997: Geneva S. A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development : report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11-16 December, Geneva, 1997 [Internet]. World Health Organization; 1998 [cité 2 nov 2022]. Report No.: WHO/DGO/98.1. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>
14. World Health Organization. Former les personnels de santé du XXIe siècle : le défi des maladies chroniques [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2005 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43212>
15. Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté [Internet]. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/publications/guide-pratique-sur-les-strategies-nationales-en-matiere-de-cybersante>
16. eHealth and innovation in women's and children's health: A baseline review [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564724>
17. Administrator. Renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle [Internet]. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/fr/annual-report/2016/strengthening-health-systems.html>
18. Le Forum africain de l'OMS sur la Santé va définir les prochaines étapes des soins de santé universels sur le continent [Internet]. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/news/le-forum-africain-de-loms-sur-la-sante-va-definir-les-prochaines-etapes-des-soins-de-sante>
19. Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240020924>
20. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
21. LOI HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
22. Légifrance. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229, SASH1011044D oct 19, 2010.
23. DGOS. Guide_methodologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf. 2011.
24. Haute Autorité de Santé. Guide grille de pilotage et de securite d'un projetde telemedecine.
25. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. La télésurveillance : ETAPES [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites->

sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-tele-surveillance-etapes

26. Ameli.fr - Téléconsultation [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
27. Article 54 - LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339175
28. CNOM. Rapport sur la télémédecine. Les préconisations du conseil national de l'ordre des médecins. 2009 janv.
29. Article L6311-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424156
30. Légifrance. 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. août 25, 2016.
31. Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine. 2018-788 sept 13, 2018.
32. Arné JL. Éthique, jurisprudence et télémédecine. Bull Académie Natl Médecine. janv 2014;198(1):119-30.
33. Ministère de la Santé et des Solidarités. RAPPORT D'IMPACT CAMPAGNE DE COMMUNICATION « POUR MA SANTE, JE DIS OUI AU NUMERIQUE ! ».
34. CEOM. Principes européens pour l'éthique du numérique en santé. 2022.
35. Andani A, Alice C, Flavia C, Delphine C, Arnaud D, Damien H. « Numérique et santé : quelles enjeux éthiques pour quelles régulations ? ». 2019;73.
36. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
37. Revue MEDECINS. Les enjeux déontologiques et éthiques. janv 2022;(Numéro Spécial):17-28.
38. Le point sur la téléconsultation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation>
39. CNOM. Santé connectée : de la e-santé à la santé connectée. Livre blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins.; 2015.

40. ANS. Découvrez les acteurs institutionnels de votre écosystème. Agence du Numérique en Santé. [Internet]. esante.gouv.fr. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/les-acteurs-institutionnels>
41. ARS. La télémédecine | National [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine>
42. ARS PACA. Une nouvelle impulsion pour la télémédecine en région Paca. [Internet]. 2017 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/une-nouvelle-impulsion-pour-la-telemedecine-en-region-paca>
43. ARS PACA. Maisons de santé pluri-professionnelles et télémédecine : une réponse à la désertification médicale [Internet]. 2019 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluri-professionnelles-et-telemedecine-une-reponse-la-desertification-medicale>
44. ARS PACA. Orientation stratégique 5 : développer les systèmes d'information en santé [Internet]. 2019 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/orientation-strategique-5-developper-les-systemes-dinformation-en-sante>
45. ANS. Accompagner la transformation numérique en région. [Internet]. esante.gouv.fr. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/la-esante-en-region>
46. Instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région - APHP DAJDP [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-n-sgdssis20178-du-10-janvier-2017-relative-lorganisation-deployer-pour-la-mise-en-oeuvre-de-la-strategie-de-sante-en-region/>
47. IESS. Rapport d'activité innovation e-santé Sud 2021. 2022 janv.
48. URPS ML PACA. Téléexpertise, solliciter l'avis d'un confrère n'aura jamais été aussi simple ! [Internet]. CPTS en PACA. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://cptspaca.fr/teleexpertise-solliciter-lavis-dun-confrere-naura-jamais-ete-aussi-simple/>
49. HCSP. Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé. 2017.
50. Report of the Global conference on primary health care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. 2019 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/report-of-the-global-conference-on-primary-health-care-from-alma-ata-towards-universal-health-coverage-and-the-sustainable-development-goals>
51. Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438

52. Ministère de la Santé et des Sports. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. 1 sept 2009;8.
53. Bouvet M, Soual H, DRESS. Dépenses de santé 1950-2015 : résultats des comptes de la santé. 2016;212.
54. Légifrance. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. NOR : SANS0520354A févr, 2005.
55. Région Ile de France LP. Les déserts médicaux - ORS [Internet]. L'Institut Paris Region. 2018 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-deserts-medicaux/>
56. DRESS. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2021 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
57. INSEE. Personnels et équipement de santé. 2018.
58. Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques. ACNT - Densité de médecins généralistes libéraux en 2020. [Internet]. 2021 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=offre_sante.dens_nb_medg&s=2020&view=map37
59. INSEE. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire - Insee Analyses - 51 [Internet]. 2020 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4493549>
60. CNOM. Atlas de la démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2021.
61. Observatoire des Territoires, Commissariat Général à l'Egalité des Territoires. Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse 2017. 2017.
62. Observatoire des Territoires. Dans une Europe de plus en plus âgée, la France limite son vieillissement. [Internet]. 2017 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/2017-vieillessement-01-dans-une-europe-de-plus-en-plus-agee-la-france-limite-son>
63. INSEE. Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats - Documents de travail - F2010/08. [Internet]. 2010 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380813>
64. SPF. Surveillance épidémiologique de la multimorbidité. Revue bibliographique [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/surveillance-epidemiologique-de-la-multimorbidite.-revue-bibliographique>
65. Assurance Maladie. Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et les évolutions depuis 2005. [Internet]. 2016 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://assurance->

maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2016-beneficiaires-ald-2014-evolutions-depuis-2005

66. DGOS. Les chiffres clés de l'offre de soins. 2018.
67. Delahaye-Guillocheau V, Jeannet A, IGAS, IGAENR. Création de la filière universitaire de médecine générale. 2007;74.
68. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C, Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. Les maisons de santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
69. IRDES. Répartition des médecins généralistes selon leur lieu d'exercice en 2008 et selon qu'ils ont choisi ou non d'exercer en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) entre 2008 et 2014. [Internet]. 2021 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/presse/2021/le-graphique-du-mois-mai-repartition-medecins-generalistes-selon-leur-lieu-d-exercice-et-selon-choix-ou-non-d-exercer-en-msp.html>
70. Sénat. Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux. [Internet]. 2021 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/leg/pp120-681.html>
71. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
72. McKinstry B, Walker J, Campbell C, Heaney D, Wyke S. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* avr 2002;52(477):306-10.
73. Lévis C. Quels sont les bénéfices de la téléconsultation médecin généraliste-patient ? *Revue de la littérature systématique.* 13 juill 2021;147.
74. Légifrance. 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. NOR : SSAS1821639A août 10, 183apr. J.-C.
75. Ameli.fr. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages. [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissancespectaculaire-et-evolution-des-usages>
76. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. 2021.

77. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>
78. Article 61 - LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665356
79. Santé connectée, télémédecine et télésoin ~ Faut-il revoir le cadre juridique de l'exercice de la télésanté à la sortie de l'état d'urgence sanitaire ? [Internet]. Santé connectée, télémédecine et télésoin. [cité 2 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.telemedaction.org/446283095>
80. Amar L, Amigues A. Les usages actuels et pratiques de la télémédecine en soins premiers : revue systématique de la littérature [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021 [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3593/>
81. Femery V, Le Goff-Pronost M, Retali G, Lacam-Denoel V. Vigisanté : dépistage et accompagnement de l'hypertension artérielle par télémédecine. Eur Res Telemedecine. mars 2014;3:17-25.
82. Greenwood DA, Blozis SA, Young HM, Nesbitt TS, Quinn CC. Overcoming Clinical Inertia: A Randomized Clinical Trial of a Telehealth Remote Monitoring Intervention Using Paired Glucose Testing in Adults With Type 2 Diabetes. J Med Internet Res. 21 juill 2015;17(7):e178.
83. Lewinski AA, Patel UD, Diamantidis CJ, Oakes M, Baloch K, Crowley MJ, et al. Addressing Diabetes and Poorly Controlled Hypertension: Pragmatic mHealth Self-Management Intervention. J Med Internet Res. 9 avr 2019;21(4):e12541.
84. Franc S, Dardari D, Boucherie B, Daoudi A, Charpentier G. La télémédecine appliquée au diabète : les résultats acquis et les perspectives à venir. Médecine Mal Métaboliques. 2010;4(3):274-86.
85. Olivari Z, Giacomelli S, Gubian L, Mancin S, Visentin E, Di Francesco V, et al. The effectiveness of remote monitoring of elderly patients after hospitalisation for heart failure: The renewing health European project. Int J Cardiol. 15 avr 2018;257:137-42.
86. Balestrieri M, Sisti D, Rocchi M, Rucci P, Simon G, Araya R, et al. Effectiveness of clinical decision support systems and telemedicine on outcomes of depression: a cluster randomized trial in general practice. Fam Pract. 28 nov 2020;37(6):731-7.
87. Thijssing L, van der Heijden J, Melissant C, Chavannes N, Witkamp L, Jaspers M. Telepulmonology and telespirometry. Stud Health Technol Inform. 2014;205:211-5.
88. Heulot H. La Mayenne généralise la télémédecine en EHPAD [Internet]. Santé-achat.info. 2022 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://sante-achat.info/innovation/la-mayenne-generalise-la-telemedecine-en-ehpad/>

89. Herault T, Donio V, Courouve L, Caillard JB. Expérimentation de la télé-expertise en cardiologie en Pays de la Loire. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr.* 2020;31(6):789-96.
90. Bismuth S, Remande A, Découard P, Boyer P, Chicoulaa B, Hein C, et al. Motifs de recours à la télémédecine en médecine générale à partir d'une expérimentation en EHPAD. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine.* 1 juin 2014;3(2):77-83.
91. Dupouy J. État des lieux de la télémédecine en EHPAD en France métropolitaine et dans les DROM / COM en juin 2019. :80.
92. Porath A, Irony A, Borobick AS, Nasser S, Malachi A, Fund N, et al. Maccabi proactive Telecare Center for chronic conditions – the care of frail elderly patients. *Isr J Health Policy Res.* 11 déc 2017;6:68.
93. A D, A D. « Mission flash » sur les urgences et soins non programmés : le Gouvernement mobilisé pour la mise en œuvre des mesures dès aujourd'hui [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/mission-flash-sur-les-urgences-et-soins-non-programmés-le-gouvernement-mobilise>
94. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *EXERCER.* 2008;19:4.
95. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual.* 2006;26(2):1.
96. Dr Adrien Comy. Intérêt et pertinence de la télémédecine dans une structure de soins non programmés : enquête auprès des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris. [Internet]. Poitiers; 2017 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59154>
97. Le Généraliste. Mission flash urgences : de premières remontées plutôt optimistes [Internet]. 2022 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/mission-flash-urgences-de-premieres-remontees-plutot-optimistes?xtor=EPR-1-%5BNL_editionnumerique%5D-%5B20220830%5D&utm_content=20220830&utm_campaign=NL_editionnumerique&utm_medium=newsletter&utm_source=gene
98. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. DICOM; 2017.
99. Article L6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/
100. Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale. 2012-694 mai 7, 2012.

101. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (1). 2013-1203 déc 23, 2013.
102. Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémédecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Légifrance [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031307548/>
103. Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé. 2016-1023 juill 26, 2016.
104. Légifrance. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. janv 26, 2022.
105. Télémédecine : comment protéger les données des patients ? | CNIL [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients>
106. Ameli.fr. Téléconsultation : respect du parcours de soins. [Internet]. 2022 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
107. Ameli.fr. Les organisations coordonnées territoriales [Internet]. 2021 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/organisations-coordonnees-territoriales>
108. Ameli.fr - Téléexpertise : patients concernés [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
109. Légifrance. Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. [Internet]. NOR : AFSH1633837A déc 15, 291apr. J.-C. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033607216>
110. Ameli.fr. La convention médicale de 2016 et ses avenants [Internet]. 2022 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>
111. RGPD et professionnels de santé libéraux : ce que vous devez savoir | CNIL [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-et-professionnels-de-sante-liberaux-ce-que-vous-devez-savoir>
112. Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

113. MG France réagit aux dérives commerciales autour de la télé-médecine - MG France [Internet]. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiqués/2069-mg-france-reagit-aux-derives-commerciales-autour-de-la-tele-medecine>
114. Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques
115. Estevez R. Comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical ? Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi-Pyrénées) [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 3 nov 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2061/>
116. Simon P. La télésurveillance médicale des patients atteints de maladies chroniques au domicile. 1) Les enseignements des grandes études internationales. Eur Res Telemed Rech Eur En Télé-médecine. 1 juin 2014;3.

ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ANS : Agence du Numérique en Santé

ANTEL : Association Nationale de Télémedecine

ARL 83 : Association de Régulation Libérale du Var

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSP : Code Santé Publique

CTA : Centre de Traitement des Appels

DMP : Dossier Médical Partagé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DES / DESIU / DIU : Diplôme d'Etudes Spécialisées / Diplôme d'Etudes Spécialisées Inter Universitaire / Diplôme Inter Universitaire

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

ECG : Electrocardiogramme

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

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

FHF : Fédération Hospitalière de France

FIEEC : Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication

FMESPP : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FMIS : Fonds pour la Modernisation de l'Investissement en Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospitalisation A Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IME : Institut Médico-Educatif

INR : « International Normalized Ratio »

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPSOS : Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales

IRDES : Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NTIC : Nouvelles Technologies Informatique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoires Régionaux de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDS : Permanence Des Soins

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ; Responsabilité Civile Professionnelle

REGULIB'83 : Association de Régulation Libérale du Var

RGPD : Réglementation Générale pour la Protection des Données

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RR : Risque Relatif

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNS : Système National Santé

TC : Consultation à Distance réalisée entre un patient et un médecin spécialisé dit « Téléconsultant »
à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

TCG : Consultation à distance entre un patient et un médecin généraliste dit « Téléconsultant » à la
Nomenclature Générale des Actes Professionnels

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UCSA : Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

VLI : Véhicule Léger d'Intervention

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE DE THESE

« Réseau de téléconsultation de médecine générale dans le cadre d'un centre de traitement des appels : exemple de la région PACA en 2022 »

Partie commune :

- Quel est votre âge ?
- Depuis quand exercez-vous votre profession médicale ?
- En quoi consiste votre ou vos activité(s) ?
- Au cours de votre formation initiale ou continue, avez-vous déjà bénéficié d'enseignements sur les domaines de la télémédecine, téléconsultation ou cybersécurité ?

Partie consacrée au médecin réalisant la téléconsultation :

- Avez-vous travaillé avec un autre organisme de téléconsultation, précédemment à celui intégré au fonctionnement du SAMU ? Si oui, le ou lesquels et quel en était le fonctionnement ?
- Quelles raisons vous ont amené à choisir cette forme d'exercice intégrée au SAMU ?
- Est-ce que le système actuel vous convient ? Quels en sont les points négatifs en pratique, dans votre expérience ?
- Auriez-vous des propositions en vue de convaincre d'autres médecins de participer à ce dispositif ?

Partie consacrée au médecin régulateur :

- Est-ce que la possibilité d'avoir recours à la téléconsultation est rentrée dans votre pratique quotidienne ? Vous sentez-vous suffisamment informé sur le fonctionnement et l'utilité de ce recours ?
- Quels sont les critères pour adresser un patient en téléconsultation ? Qu'en pensez-vous ?
- Depuis la mise en place de ce système, quels avantages en avez-vous perçus ?
- Est-ce que vous avez eu des difficultés particulières ces six mois écoulés ?
- Selon vous, quels pourraient être les axes d'amélioration ?

TALON SOCIOLOGIQUE

N° entretien	Durée entretien	Âge	Début / durée profession médicale	Activité(s)	FMI ou FMC concernant la télé-médecine, la téléconsultation ou la cybersécurité ?
E1	14'59	37	2010	Médecine d'urgence (public / privé)	Non
E2	20'03	47	2003	Médecine libérale, médecine d'urgence	FMC, auto formation
E3	16'40	57	Diplômé 1983	Médecine d'urgence et réanimation, médecine légale, responsable structure hospitalière, consultant structures internationales	Non (pas de régulation, première expérience via dispositif Samu PACA)
E4	15'01	36	10 ans	Médecine d'urgence (privé / public) – (Cardiologie ?)	Non
E5	7'58	34	Depuis 6 ans	Médecine d'urgence, SAU et régulation hospitalière	Non
E6	16'44	57	Depuis 1993	Médecine d'urgence, régulations hospitalière et généraliste	Non ; pas de téléconsultation
E7	14'13	49	2001	2007 urgentiste SAU, régulations hospitalière et généraliste	Pas de FMI, apprentissage dans l'exercice de la fonction
E8	12'55	60	1991, 31 ans	Médecine générale, médecine d'urgence (SOS médecin, régulation libérale)	Non, apprentissage dans l'exercice de la fonction
E9	11'07	55	1998	Médecine générale, régulation libérale	Pas de FMI, formation annuelle sur gestion prise en charge des patients par téléphone

FIGURES

- Figure 1 : Relations entre les trois principaux actes médicaux de télémédecine, issue du Rapport final sur I de 2008 Simon et Acker
- Figure 2 : Champs de compétence du médecin généraliste, Université de Rouenm DUMG
- Figure 3 : Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100000 personnes), 2020, Observatoires des territoires
- Figure 4 : Statistiques sur le nombre d'appels au CTA

ANNEXE 1 : EXPERIMENTATION « ETAPES »

La première concrétisation à grande échelle fut un programme expérimental de télémédecine dénommé « ETAPES » Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé (25). Il s'agissait d'un programme limité à des patients atteints de pathologies chroniques. Prévu initialement pour une durée de quatre ans dans neuf régions pilotes (Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie), ce programme a concerné la téléconsultation, la téléexpertise et la télésurveillance.

Sa mise en place procède du « Pacte territoire santé 2015-2017 » et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dans son article 36, qui instaure le principe des expérimentations de télémédecine avec son programme ETAPES. Débuté le 1er janvier 2014, initialement pour une durée de 4 ans, il a été prolongé dans un second temps le 1er janvier 2017, en s'ouvrant à l'ensemble du territoire national (jusqu'à décembre 2018) .

Dans le cadre de ce programme, *« une dizaine d'acteurs a obtenu un agrément pour exercer la téléconsultation en France. C'est l'Agence régionale de santé (ARS), sous un certain nombre de conditions en termes de sécurité de l'hébergement des données de santé, d'égalité de traitement des patients, de sécurisation des parcours de soins, qui délivre cet agrément. »*

Ses objectifs furent de développer les différentes activités de télémédecine (actes en médecine de ville ainsi qu'en structures médico-sociales), afin de mesurer son impact sur le système de soin, de définir un cadre juridique dans lequel elle peut évoluer mais également de fixer une tarification initiale des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Plus précisément :

- cibler les patients à risque d'hospitalisations récurrentes ou de complications à moyen et long terme,
- parvenir à un état de stabilité de la maladie, voire à une amélioration par un accès rapide à l'avis d'un spécialiste d'organe,
- améliorer la qualité des soins et leur efficacité,

- améliorer la qualité de vie des patients.

Les conditions de mise en œuvre des expérimentations ont été définies par des cahiers des charges. Concernant la téléconsultation, initialement cantonnée aux plaies chroniques ou complexes, son périmètre d'expérimentation a été élargi à toutes les spécialités médicales et aux patients en affection de longue durée (ALD) non hospitalisés, situés en ville (domiciles, Maison de Santé Pluriprofessionnelles, Centres de santé, consultations externes des établissements de santé...).

Les trois cahiers suivants de télésurveillance pour l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale ainsi que l'insuffisance respiratoire ont été publiés le 6 décembre 2016. Deux autres, relatifs à la télésurveillance du diabète et à celle des prothèses cardiaques implantables, le furent en 2017.

ANNEXE 2 : STRATEGIE NATIONALE DE SANTE

La stratégie nationale de santé 2018-2022 définit les objectifs de la politique de santé. Elle se fonde sur le rapport du haut conseil de la santé publique. Dès 2017, dans son rapport le Haut conseil de la santé publique a souligné le rôle du système de santé comme déterminant de la santé (49). Ce système est caractérisé notamment par :

- Une offre de soins mal répartie(..) la répartition des différents professionnels de santé selon les régions est (..) particulièrement contrastée en 2016,
- D'importantes inégalités sociales dans le recours aux soins.
- Une organisation de l'offre de soins déséquilibrée. Le segment hospitalier de l'offre de soins est prégnant par rapport aux soins de ville en France, comparativement aux autres pays développés. Le recours aux médecins de ville (6,3 consultations par an) est sensiblement moins développé en France que dans les autres pays de l'UE (7,5 pour les 15 premiers pays de l'UE et même 8 ?3 par an pour ceux ayant adhéré depuis 2004).
- Une continuité des soins problématique en France. La fragmentation est le manque de coordination des soins sont favorisés par le financement des soins à l'acte (en ville) ou au séjour (dans les établissements) et entretenues par la trop lente progression des systèmes d'information partagés.

Ce rapport propose notamment comme stratégie d'action, au titre des orientations pour un système de santé adapté aux enjeux, de réorienter l'offre de soins vers les soins de ville (soins primaires et soins spécialisés). *« Le poids majeur des hospitalisations ponctuelles traduit la réalité du « virage ambulatoire ». Jusqu'à présent, il s'agit souvent d'une simple conversion de séjours en hospitalisation complète en séjours ambulatoires, plutôt qu'au développement de prise en charge à domicile. Il est donc nécessaire de renforcer et de structurer les soins de ville, dans leur composante de soins primaires, mais également de soins médicaux spécialisés. (...) Elle nécessite d'importantes mesures d'accompagnement touchant notamment(..) à la disponibilité d'un système d'information partagé. »*

Il en ressort une stratégie nationale 2018-2022 de santé articulée autour de quatre thèmes prioritaires :

- 1- la prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux,
- 2- la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (page 41 = « Généraliser les usages numérique en santé pour abolir les distances ») :

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Assurer la bonne couverture numérique de l'ensemble du territoire.
- Généraliser dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine, en premier lieu des téléconsultations et les téléexpertises et construire un cadre éthique de l'utilisation de la télémédecine afin qu'elle bénéficie à l'ensemble de la population.
- Favoriser le partage sécurisé des données médicales entre professionnels de santé (..)
- Permettre aux patients d'utiliser, en routine, des services numériques pour un meilleur accès au système de santé (..).
- Equiper les professionnels de santé et les intervenants médico-sociaux de services numériques d'appui à la coordination pour favoriser les échanges en temps réel entre eux et avec les patients notamment grâce à un système de messagerie sécurisée.
- Déployer la prescription électronique.

- 3- la nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins ; il s'agit notamment de « structurer les soins primaires pour assurer la qualité et la continuité des prises en charges » :

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire :

- Soutenir le développement de tous les modes d'exercice coordonné (..)

- Assurer l'accès aux médecins spécialistes en développant leur articulation avec les soins de premier recours et en définissant des parcours clairs pour les patients.
- Garantir la réponse aux demandes de soins urgents et aux demandes de soins non programmées aux heures d'ouverture des cabinets.
- Développer des indicateurs de qualité des parcours de soins en matière d'efficience et d'organisation
- Développer la recherche en soins primaire

Il faut également poursuivre le virage ambulatoire et développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle. Les établissements *« doivent organiser une gradation commune de leur offre médicale mais aussi davantage coopérer qu'il s'agisse de mutualiser les fonctions support ou médico-technique, de partager des investissements dans des équipements onéreux et de pointe. Cette coopération doit s'étendre aux offres de ville et médico-sociales et aux autres secteurs de la prise en charge notamment les skis afin que les établissements de santé recentrent leur activité sur les hospitalisations plus pertinentes plus courtes où ambulatoires »*.

4- l'innovation organisationnelle, médicale, technologique ou numérique. La télémédecine fait partie intégrante de cette priorité donnée à l'innovation (page 65) :

« L'engagement des responsables tant régionaux que nationaux est indispensable pour aider à l'émergence et la réussite des projets pilotes en matière d'organisation qu'il s'agisse de renforcer l'attractivité d'un territoire de faire évoluer les modes de financement ou de mieux organiser les parcours de soins au bénéfice des patients. »

Sur l'accélération de l'innovation numérique en santé : *« l'usage de des outils numériques libère du temps médical améliore la pertinence et la qualité des soins ainsi que l'expérience des patients et peut contribuer à la maîtrise durable des dépenses de santé »* (98).

Cette stratégie de transformation du système de santé publiée le 13 février 2018 s'articule avec le plan d'égal accès aux soins dans les territoires (6) et plus globalement, tout comme ce dernier, avec la stratégie nationale de santé en matière régionale (5).

Enfin, le bilan de la feuille de route en santé publié le 23 juin 2022 met en avant les faits et appréciations suivantes concernant la téléconsultation, le covid et les initiatives des structures régionales (7) :

« Des dérogations légales et conventionnelles ont encouragé l'usage de la télésanté :

- les actes de télésanté ont été remboursés à 100 % par l'Assurance maladie ;*
- les activités de télémedecine ont été autorisées pour les sages-femmes ; le déploiement du télésoin s'est fait en avance de phase pour les pharmaciens, infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures, podologues etc. »*

« Il est à noter que les consultations par téléphone ont été exceptionnellement autorisées dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 et prises en charge comme les autres téléconsultations pour des cas définis (patients atteints/suspectés de Covid-19 ou âgés de plus de 70 ans, et sans moyens vidéo). Pour encourager des usages de qualité, des lignes directrices médicales ont été élaborées pour les patients Covid-19 avec le Collège de la médecine générale. »

« Les ARS et les GRADeS ont accompagné les professionnels dans leur pratique et les fournisseurs de solutions de télésanté ont été référencés sur le « guichet Innovation Covid » de Santé.fr. »

« Plus de 210 services ont été référencés sur la plateforme dont près d'une centaine d'outils de téléconsultation à destination des professionnels de santé. Près de la moitié des médecins ont eu connaissance de référencement de ces derniers et les trois quarts d'entre eux l'ont jugé « utile ». »

ANNEXE 3 : CADRE NORMATIF ET DEFINITIONS DETAILLEES

1- Cadre normatif

Le Code de la Santé Publique contient de nombreux textes qui encadre l'exercice des actes de télémédecine :

- Article L6316-1 et R. 6316-1 et suivants : les dispositions spécifiques de ces articles sont consacrées aux conditions de mise en œuvre et d'organisation de l'activité de télémédecine. Ils traitent plus particulièrement de la sécurité des soins et la qualité des actes de télémédecine prodigués aux patients (99).
- Art. L. 1110-4-1 : il concerne les dispositions relatives aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité des données de santé.
- Article R. 4127-36 : quant à lui, il précise les modalités relatives à l'obtention du consentement éclairé.

Les honoraires du médecin lors des actes de télémédecine ont été initialement fixé dans le décret 2012-694 du 7 mai 2012 (100). Des expériences ont été menées avec l'utilisation de la téléconsultation et de la télé expertise concernant certaines pathologies, à partir de programmes régionaux selon l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale (101,102). Le décret 2018-788 du 13 septembre 2018 a mis fin à ces expérimentations (31).

En parallèle, le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016, dans son article R. 1434-6 réaffirme que la télémédecine est un des leviers relevant du schéma régional de santé afin de « *favoriser l'accès aux soins, à la prévention* » (103). Dans la foulée, le sixième avenant à la convention médicale de 2016 permet d'inscrire dans le droit la tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise (développé plus bas) (30).

Concernant la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), elle s'est positionnée sur les dispositions du RGPD. Elle s'inscrit dans la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978 qui s'applique à la télémédecine (104).

Plus précisément, les dispositifs de télémédecine doivent être déclarés à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour sécuriser des échanges (105). L'identification professionnel de santé et patient explicitées, et le consentement du patient présent. La traçabilité des connexions doit être possible. Enfin, le dossier doit être accessible et gardé 20 ans.

Lorsque le traitement résultant d'une activité de télémédecine est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et les libertés des personnes physiques, le responsable du traitement effectue, avant le traitement, une analyse de l'impact des opérations de traitement envisagées sur la protection des données à caractère personnel. »)

2- Encadrement et définitions des actes

- **Téléconsultation :**

La téléconsultation est une consultation médicale réalisée à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle est accessible en France (y compris dans les DOM-COM) pour tout médecin, quelle que soit sa spécialité et son secteur d'exercice. Elle est remboursée par l'assurance maladie, selon l'article 28.6.1 de la convention médicale de 2016 depuis le 15 septembre 2018.

En pratique, le « médecin téléconsultant » peut proposer à ses patients de réaliser une téléconsultation lorsqu'il le jugera utile. Cependant il est nécessaire, qu'il connaisse le patient, c'est-à-dire que ce dernier ait eu au moins une consultation physique au cours des douze derniers mois précédant la téléconsultation.

Le respect du parcours de soins est nécessaire lors d'une consultation sauf (106) :

- accès aux spécialistes en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie) ;
- patients âgés de moins de 16 ans ;
- situations d'urgence ;
- patients ne disposant pas de médecin traitant ainsi que les indisponibilités temporaires du médecin incompatible avec l'état de santé du patient. Le patient devra alors se rapprocher d'un organisme territorial en partenariat avec des médecins volontaires. Cette

organisation territoriale permet au patient de définir son médecin et de réintégrer le parcours de soins (107).

Le tarif de cette téléconsultation est identique à la consultation présenteielle, selon la spécialité et le secteur d'exercice du praticien . Le taux de prise en charge pour un acte de téléconsultation reste identique à une consultation classique (soit 70%). De plus, un « médecin accompagnant » un patient lors d'un acte de téléconsultation réalisé par un autre médecin, peut facturer une consultation parallèlement à la facturation de cet acte par le « médecin téléconsultant ».

En plus de la tarification classique, il existe une aide à l'équipement à destination des médecins libéraux (74) ; elle a été instaurée à partir de deux indicateurs :

- un indicateur de 50 points (soit 350 €), dévolu à l'acquisition d'équipements en vidéo transmission, la mise à jour des équipements informatiques et l'abonnement à des plateformes de téléconsultation ;

- un indicateur de 25 points (soit 175 €), pour l'achat d'appareils connectés.

- **Téléexpertise :**

La téléexpertise (TE) regroupe les actes médicaux pour lesquels un professionnel de santé sollicite l'avis d'un autre professionnel de santé à distance, via les TIC. Tous ces actes sont remboursés depuis le 10 février 2019, et permettent à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère en vue d'assurer alors une prise en charge plus rapide des patients. Les patients concernés sont (108):

- patients en ALD ou atteints de maladies rares (définies)
- patients résidant en zones dites « sous-denses » (article 1434-4 du CSP), dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;
- patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou en structures médico-sociales ;
- personnes détenues.

Concernant la tarification, l'acte de téléexpertise n'est pas cumulable avec un autre acte ou un dépassement d'honoraire. Elle dépend de la fréquence des consultations avec le « médecin requis », ainsi que de la complexité du dossier (selon 2 niveaux) :

- Niveau 1 : ne nécessite pas une analyse approfondie du dossier du patient par le médecin ;
- Niveau 2 : nécessite une étude plus poussée du dossier médical.

Pour le « médecin requis », la rémunération à l'acte comprend :

- Niveau 1 : cette rémunération est de 12 € par télé-expertise, dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient.
- Niveau 2 : cette rémunération est de 20 € par téléexpertise, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Pour le « médecin requérant », cela consiste en un forfait annuel de 5€ pour un acte de téléexpertise de niveau 1 et 10€ pour un niveau 2 (dans la limite de 500€ par an). Il n'a pas besoin de facturer l'acte, qui sera réalisé par l'Assurance Maladie.

- **Télésurveillance médicale**

Elle permet, à un professionnel médical, d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient. Cela concerne actuellement les patients en ALD (en structure médico-sociale ou à leur domicile). Elle s'inscrit en droite ligne de l'arrêté du 6 décembre 2016 sur le programme ETAPES (qui prévoyait notamment la surveillance des patients atteints de l'insuffisance rénale chronique, l'insuffisance cardiaque chronique et l'insuffisance respiratoire chronique) (109). En 2017, ce programme est étendu aux patients diabétiques et aux porteurs de prothèses cardiaques implantables. En 2018, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 reconduit l'expérimentation ETAPES pour une durée de 4 ans (27).

- **Réponse médicale**

La régulation médicale est réalisée dans le cadre de l'activité des centres 15 (Centre de Traitement des Appels, dits centres 15 et SMUR), comme instauré par le décret d'Octobre 2010). Elle ne dépend donc pas de la médecine de ville.

- **Téléassistance médicale**

La téléassistance médicale permet de mettre en relation deux professionnels de santé, afin que l'un assiste l'autre à distance lors de la réalisation d'un acte. Elle n'est actuellement pas utilisée en médecine générale, car elle concerne surtout les spécialités chirurgicales.

ANNEXE 4 : AVENANT N°6 CAS DE LA TELECONSULTATION

L'avenant 6 de la Convention Médicale de 2016 (110) et les préconisations de la CNIL (111) précisent les conditions dans lesquelles doivent être réalisées les téléconsultations qu'il s'agisse des procédures et équipements employés par le **médecin** :

- « - La téléconsultation utilisant des supports par vidéo transmission doit garantir les principes de confidentialité et de sécurité des échanges.*
- Dans ce contexte d'échange d'informations et de données médicales, nécessité d'un service sécurisé et fiable pour le respect des données personnelles.*
- C'est le médecin téléconsultant qui décide des conditions pour réaliser l'acte de téléconsultation : choix du matériel, accompagnement du patient ou non.*
- Les applications de communication vidéo comme Skype ou Face time ne garantissent pas des conditions de sécurité optimales.*
- Il n'existe pas de liste exhaustive des différentes offres proposées.*
- La réglementation générale de la protection des données (RGPD) doit être respectée. Les médecins téléconsultants doivent vérifier auprès de leurs fournisseurs d'outils informatiques en télémédecine les critères de sécurité, et notamment le respect des données personnelles. - Après la téléconsultation ou acte de téléexpertise, le médecin téléconsultant établit un compte rendu au médecin traitant et au médecin l'ayant sollicité. Une copie doit être conservée dans le dossier patient et permet d'assurer une qualité des soins optimale*
- L'usage d'une messagerie sécurisée ou système sécurisé est nécessaire afin de traiter les données de santé de façon confidentielle.*
- A l'issue d'une téléconsultation, le médecin téléconsultant peut établir une prescription transmise au patient soit par voie postale, ou via un format électronique par messagerie sécurisée. Cette dernière doit être conforme aux textes en vigueur.*
- Le médecin téléconsultant peut, le cas échéant, établir un arrêt de travail à la fin d'un acte de téléconsultation. »*

Concernant le **patient** :

- « - C'est le médecin téléconsultant qui informe le patient concernant les modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation.*

- *Le consentement libre et éclairé du patient est nécessaire*
- *Les modes de paiement du patient restent identiques que pour une consultation classique. »*

La **prise en charge des actes médicaux** par la CNAM, entre dans le droit commun via à l'arrêté du 1^{er} août 2018 (30), en lien avec l'avenant n°6 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ; ainsi que par son décret d'application du 13 septembre 2018 (31). Elle est entendue ouverte à toute spécialité médicale, quelque soit le lieu ou le mode d'exercice, le secteur conventionnel ou bien la place dans le parcours de soins. Détaillons l'avenant n°6 sur ces points :

- Elle crée un nouvel acte « Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » », à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Sa cotation est TCG pour les médecins généralistes et TC pour les autres médecins spécialistes .
- La prise en charge reste la même que pour une consultation en présentiel : *« 70% remboursés par l'Assurance Maladie et 30% remboursés par la complémentaire (prise en charge à 100% pour les soins concernant les ALD »*
- Il est préférable que le médecin connaissent personnellement le patient, préalablement à la téléconsultation, en vue de garantir une prise en charge de qualité (en pratique, consultation dans les douze derniers mois).

Les exceptions au parcours de soins sont les suivantes :

- l'accès aux spécialistes en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie)
- les patients âgés de moins de 16 ans
- une situation d'urgence
- les patients ne disposant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible dans un délai compatible avec leur état de santé.

-Téléconsultation

La téléconsultation s'adresse à tous les patients, quel que soit leur lieu de résidence et selon les modalités précisées dans le chapitre légal. Cependant, certaines consultations ne sont pas compatibles avec l'usage de la téléconsultation : les consultations complexes ou très complexes (visées à l'article 28.3 de la convention médicale) car nécessitant un examen physique du patient, la consultation en pathologie cardiovasculaire, cardiologie et médecine des affections vasculaires qui implique l'examen du patient en présentiel.

A cela s'ajoute la possibilité d'une téléconsultation en officine pharmaceutique. Depuis décembre 2018, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'Assurance Maladie ont signé un avenant à la convention nationale pharmaceutique précisant les modalités de mise en œuvre des services de téléconsultation en officine (112).

Le texte précise les conditions suivantes : respect du parcours de soins ; mise à disposition d'un espace permettant de préserver la confidentialité et des équipements nécessaires à la vidéotransmission et à la réalisation de certains actes pour un éventuel examen clinique ; transmission de données complémentaires à la demande du médecin.

Cependant, le syndicat MG France rappelait dans un communiqué de 2018 le fait que « *la médecine générale ne se réduit pas à une cabine d'outils connectés* ». Il convient que « *dans l'ordre logique du parcours de soins, il y a d'abord la consultation de premier recours, puis d'éventuelles décisions, thérapeutiques ou autres. Il y a un danger de dérive vers la téléconsultation commerciale. Ce n'est pas dangereux pour les médecins, c'est dangereux pour les malades !* » (113).

-Téléexpertise :

L'avenant 6 de la Convention Médicale de 2016 en fixe les points importants. Les autres mentionnés précédemment pour la téléconsultation restent de mise ; l'on peut également les retrouver dans un mémento de la HAS sur les principales conditions s'appliquant aux actes de télémédecine (tableau 1) (114).

- Pour le médecin : la TE n'exige pas d'échange par vidéotransmission.

- Pour le patient : une information claire doit être donnée au patient concernant les modalités et réalisation de la consultation. Il convient au patient d'accepter ou non cette prise en charge.

ANNEXE 5 : DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE EN REGION PROVENCE-ALPES-CÔTES D'AZUR

En **région PACA**, des actions ont été conduites dès 2017 (42) afin de contribuer à cette accélération du développement de la télémédecine en PACA, en lien avec la stratégie de transformation du système de santé (11). L'agence régionale de santé a notamment lancé dès 2017 un appel à projet pour accélérer le développement de la télémédecine dans la région. Huit projets ont été retenus. Un plan a été également mis en place pour l'accès territorial à tous égal aux soins.

Des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été créés par exemple dans les hautes Alpes, soit 6 en date du 20 décembre 2019. Ces MSP ont vocation à accueillir la télémédecine, améliorant ainsi l'accessibilité de tous aux soins, notamment dans les zones enclavées et favoriser une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire et ambulatoire (43).

Par ailleurs, un schéma directeur régional des systèmes d'information de santé et une feuille de route ont été approuvés en mars 2019 (44). Pour l'année 2019 les principaux enjeux étaient de :

- créer un espace numérique régional de santé (ENRS) pour que chaque professionnel bénéficie d'un accès à des outils utiles à sa pratique ;
- développer les outils numériques et la télémédecine pour coordonner les parcours de santé entre les soins de ville, l'hôpital, le médico-social et le social ;
- renforcer la sécurité des systèmes d'information de santé.

Afin de mettre en œuvre la stratégie régionale d'e-santé et en conduire les projets notamment en termes de socle numérique en santé, d'urbanisation, d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur s'appuie, le GRADeS PACA, appelé ieSS pour innovation e-Santé Sud fournit des solutions numériques de e-santé à tous les acteurs de la région (45).

L'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 définit les missions du GRADeS PACA (46) :

- Concevoir, coordonner et faciliter la mise en œuvre des solutions technologiques pour améliorer le travail quotidien des personnels de santé autour de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale.
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé pilotée par l'ARS PACA.

Soit, de manière concrète :

- Accompagner et fédérer les acteurs de la santé dans le virage numérique et promouvoir l'usage des services numériques en santé dans la région PACA
- Porter et accompagner les projets innovants dans la santé numérique
- Aider les usagers du système de santé à s'approprier la santé numérique de demain en leur apportant une expertise

Pour 2021, les grands chantiers sont (47) :

- Sécurité,
- Espace numérique régional de santé
- e-parcours
- ESMS numérique
- Identité nationale de santé

Pour le directeur de l'ARS M. Philippe de Mester, le rôle du GRADeS,/ieSS est essentiel en matière d'appui de l'ARS dans les domaines de « *l'usage du numérique pour les échanges et le partage d'information auprès de l'ensemble des acteurs de santé* », ainsi que dans le domaine de la cybersécurité .

Dans le rapport d'activité du GRADeS, il met en avant les premiers usages de la plateforme numérique e-parcours nommée AZUREZO, qui comporte une messagerie instantanée sécurisée (1000 utilisateurs fin 2021) et un module coordination (dossier de coordination usager).

« *Ces déploiements ont été menés avec efficacité par le GRADeS auprès des professionnels de santé en lien avec la stratégie poursuivie par l'ARS qui à décroisser les secteurs de la santé* »

(lien ville-hôpital notamment) et déployer des outils simples et sécurisés facilitant la coordination usuelle et l'appui aux parcours complexes » (47).

D'autres acteurs interviennent pour accompagner le développement de cette santé numérique comme par exemple l'URPS ML PACA qui met à la disposition de tous les médecins libéraux de la région SUD un outil de téléexpertise gratuit pour les circuits de dermatologie et de cardiologie (48).

Le caractère critique des relations des hôpitaux avec la médecine de ville a été souligné dans le rapport de 2017 (49). C'est un facteur important d'amélioration de la qualité des soins tant sur le plan de l'offre que sur le plan économique.

En région PACA, le projet étudié ici d'association des médecins de ville avec les médecins régulateurs contribue directement à cette nouvelle organisation du système de santé et s'inscrit dans la stratégie nationale et régionale de télémédecine.

ANNEXE 6 : ACTUALITES TELEMEDECINE EN SOINS PREMIERS

Cette partie s'appuie en partie sur un travail de thèse intitulé « Usages actuels 2021 télémédecine soins premiers : revue systématique littérature » (80). Nous en retiendrons les principaux résultats.

Dans une situation de **pathologies aiguës**, les études se concentrent sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de son accès (aide aux généralistes sur la conduite à tenir, diminution des coûts des transferts...), et l'anxiété des patients. Deux exemples illustrent cela.

D'abord de la télé radiologie dans des zones éloignées d'une structure hospitalière aux Pays Bas, avec des trajets de cinq heures routes versus une gestion sur place. L'expertise concerne de la traumatologie (fractures non chirurgicales, entorses, contusions). L'étude ne met pas en évidence d'augmentation de l'incidence de complications, pas de perte de chance, et un gain de temps.

L'autre concerne un réseau de télésurveillance d'IVG en Australie. Les ordonnance de l'échographie de datation et du bilan sanguin, ainsi que le traitement sont livrés au domicile. La surveillance biologique s'effectue via un laboratoire local, une assistance téléphonique 24/7 et une consultation systématique à deux semaines. Les patientes pouvaient être réadresser vers un centre en cas de nécessité d'entretiens (psychologue, médecin).

Les points soulevés concernent la sécurisation des données, ainsi que les articulations entre les dispensateurs de soins premiers et les équipes à distance dont l'expertise est requise. L'on peut les retrouver dans le cadre des MSP, avec l'importance du lien ville-hôpital (L'exercice de la démocratie sanitaire Dr. Moutel). Cela rejoint aussi le rapport du Ministère de la Santé et des Solidarités de 2008 : « *Le besoin en télémédecine [...] est une réponse nouvelle et adaptée aux besoins des zones rurales, isolées ou enclavées* » (3). L'usage de la télémédecine dans ce contextes pourraient être étendue à "*la psychiatrie, la prise en charge des personnes âgées avec des troubles du comportement, les soins des plaies et la cicatrisation, et la cancérologie*" (115).

Sur le plan des **pathologies chroniques**.

Ce qui est fréquent, ou du domaine de la prévention de complications, est illustré par le suivi de l'HTA d'employés d'entreprises privées via Vigisanté (éducation thérapeutique, conseils hygiéno-diététiques) (81) ; ou le suivi du traitement et des complications d'un diabète non insulino-requérant (82). L'usage d'un lecteur de glycémie connecté via une application associée à une téléconsultation, a permis de réduire l'HbA1c et de rendre les patients plus autonomes vis-à-vis de l'adaptation de leur traitement. D'autres travaux portent sur la gestion d'un diabète par une application (83) et des contacts téléphoniques réguliers par des spécialistes (quelle extrapolation à la médecine générale ?), ou la mise en évidence d'optimisation des doses d'insuline pour un D1D2 ainsi que des modifications comportementales dans le cadre d'un D1D2 (84).

Nous avons également l'exemple de la gestion de patients en EPHAD ou SESSAD, présentant un handicap mental et/ou moteur nécessitant l'avis de structures spécialisées (par visioconférence des différents personnels concernés ; puis une téléconsultation ; et enfin une synthèse par visioconférence via une plateforme sécurisée).

L'étude suivante s'intéressait au retour au domicile de patients hospitalisés pour une poussée d'insuffisance cardiaque aiguë : un suivi par télésurveillance d'objets connectés (PA, pouls, SpO2, ECG) était réalisé au quotidien cinq jours sur sept avec notification en cas de mesures pathologiques (85). Cela permettait une meilleure qualité de vie, toutefois sans différence de la mortalité entre les groupes. Cela permettait un retour à domicile plus précoce (préconisé par le CSP (99)).

Enfin, la télémédecine était utilisée comme une aide pour la gestion d'un schéma thérapeutique en ville : il s'agissait du suivi de syndromes dépressifs modérés. Une rémission clinique statistiquement significativement plus importante était retrouvée (association d'une téléconsultation avec un algorithme d'aide à la prise en charge) ; ainsi qu'une amélioration faible de la qualité de vie (86).

Les discussions engendrées portaient sur l'usage de la télésurveillance (diminution des erreurs médicales et des dépenses de santé dans une cohorte de vétérans aux USA ; sans forcément de différence en terme de coût de la surveillance simple et télévisuelle) (116), les enjeux économiques, la promotion de l'éducation thérapeutique (par téléconsultation, logiciel, vidéos, iconographie) pour permettre une responsabilisation ainsi qu'une autonomisation du patient ; notamment en post hospitalier ou dans une structure de résidence au long cours.

Malgré tout, la question de la valorisation du temps médical était peu abordée.

En raison de délais pour **l'accès aux spécialistes d'organes**, plusieurs études se sont penchées sur les recours possibles.

D'abord, la réalisation d'une télé-spirométrie par les généralistes aux Pays-Bas. La clinique couplée à l'utilisation d'un spiromètre connecté par un ordinateur à une plateforme sécurisée, plus ou moins associée à une télé expertise avec le pneumologue sur la conduite à tenir, objectivait une prise en charge plus rapide, et une valorisation des compétences du médecin traitant, mais sans différence sur la symptomatologie des patients (87).

La télédermatologie n'est pas en reste, avec une revue de plaies chroniques dans dix 10 EPHAD en France sur trois ans, par photographie numérique et recours à une messagerie sécurisée. Cela a permis une optimisation et une accélération de la prise en charge des personnes dépendantes .

Ces éléments se retrouvent également dans un travail portant sur le fonctionnement en réseau de généralistes et de cardiologue en région Loire (89).

La téléexpertise permet donc une adaptation plus rapide de la prise en charge, une diminution des rendez-vous physiques à prévoir, et une diminution des délais (comme souhaité dans le CSP : « *au professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux [...] sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient* »(99)).

Enfin **la prise en charge pluridisciplinaire** est un des éléments majeurs des décennies à venir, ne serait-ce qu'au regard du vieillissement de la population, et de l'augmentation de polypathologies.

Les études de qualité retrouvées, concernaient la coordination d'un EPHAD et d'un service de gériatrie du CHU de Toulouse (téléconsultations pluriprofessionnelles du médecin coordonnateur et de l'équipe avec les familles de patients atteints de démence sévère ; permettant une diminution de la perte d'informations, une meilleure compréhension bien qu'étant chronophage et soumis à des problèmes techniques (90)), d'un EPHAD et avec un service de gérontologie du CHU de Bordeaux (téléconsultation relatives à des plaies chroniques, permettant une amélioration significative de la cicatrisation avec un impact économique). Mais aussi, la gestion de patients chroniques complexes à domicile par

télémédecine multidisciplinaire, consistant en la mise en place d'objets connectés vu par l'IDE quotidiennement, et le médecin traitant tous les trois mois ou en cas d'anomalie. Au bout d'une année, il y avait une diminution significative du nombre de jours d'hospitalisation, du recours à un S.A.U., des coûts mensuels moyens avec une amélioration de la qualité de vie, et une salubre réassurance des patients fragiles à leur domicile (92).

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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me 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.”

RESUME

Introduction :

L'usage de la téléconsultation se diversifie au sein du système de santé. Ce travail se propose de confronter les points de vue des médecins régulateurs avec ceux téléconsultants, opérants à la confluence des centres de traitement d'appels d'urgence et d'un réseau de téléconsultation externalisé, dans la région PACA.

Matériel et Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens téléphonique ouverts suivant un questionnaire avec des parties commune et spécifiques à chaque population. Le recrutement a été réalisé par messagerie informatique avec plusieurs relances, via les listes de diffusion générale des responsables. Le recueil de consentement était effectué après une information sur le déroulé et la garantie de l'anonymisation.

Résultats :

L'échantillon comprend quatre téléconsultants et cinq régulateurs, généralistes ou urgentistes, tous sans formation initiale ou continue sur la téléconsultation.

Les aspects positifs portent sur les aspects fonctionnels : fluidité de la communication avec les ARM, regroupement des téléconsultations, impact sur les urgences, outil informatique assimilable, diminution du temps passé à répondre aux appels...

Les problèmes principaux résident dans l'irrégularité du nombre de téléconsultations en regard du nombre d'appel reçus au CTA (par méconnaissance ou par absence de recours des régulateurs, ainsi que l'attente d'une validation administrative), l'apport financier variable, l'absence d'aboutissement par défaut technique, anxiété ou désengagement de la démarche du patient.

Les difficultés de la téléconsultation viennent d'une formation aux outils s'opérant sur le terrain, de l'absence d'examen clinique extensif, ou de motifs ne relevant pas d'une gestion à distance. Les régulateurs ne sont pas toujours formés aux spécificités de la médecine de ville, et sont tenus par le nombre d'appels ou par la notion de délai induite par une gestion à distance – délai s'appliquant à une structure telle qu'un CTA, qui doit conserver des circuits de communication simples.

Conclusion :

Au-delà du manque de données, les deux populations se rejoignent sur les propositions d'augmentation des appels par extension du système, travail sur les critères de recours et rappel aux médecins régulateurs du fonctionnement. Pour le recrutement des praticiens se discutent une rémunération d'astreinte, l'implication des internes dans ce cadre, et d'une internalisation ou externalisation du dispositif au SAMU.

Il est proposé une campagne d'information pour l'existence du dispositif, et d'ajouter une bande dédiée sur le temps d'attente lors d'un appel au CTA.

Mots clés :

Télé médecine, téléconsultation, soins non programmés, SAMU, médecine générale, régulation médicale.