



HAL
open science

Les modalités de communication existantes pour un avis rapide et spécialisé à disposition des médecins généralistes de la Somme

Julie Lecat

► To cite this version:

Julie Lecat. Les modalités de communication existantes pour un avis rapide et spécialisé à disposition des médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04682279

HAL Id: dumas-04682279

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04682279>

Submitted on 30 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2024

Thèse n° 2024 - 66

**Les modalités de communication existantes pour un avis rapide et
spécialisé à disposition des médecins généralistes de la Somme.**

THÈSE DE MÉDECINE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 21 Juin 2024

Par Madame LECAT Julie

Président du Jury : Pr ANDREJAK Claire

Membres du Jury : Pr SABBAGH Charles

Pr SELLIER PETITPREZ Amélie

Directeur de thèse : Dr Steven MARTIN

REMERCIEMENTS

Au Jury :

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK, Présidente du Jury

Professeur des universités – Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Merci de me faire l'honneur de présider mon travail, je vous suis reconnaissante d'y avoir consacré du temps. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Charles SABBAGH, membre du Jury

Professeur des universités – Praticien Hospitalier

(Chirurgie digestive)

Chef du Pôle D.R.I.M.E

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Recevez mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Amélie SELLIER-PETITPREZ, membre du Jury

Professeur associé

Directrice du Département de Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de participer à mon jury, et également de m'avoir appris et donné goût à notre spécialité.

Mais surtout, merci de m'avoir fait rire pendant nos nombreux vendredis ensemble. Je n'en rajouterai pas plus, tu sais déjà ce que je pense !

A Monsieur le Docteur Steven MARTIN, directeur de thèse

Praticien Hospitalier

Je ne te remercierai jamais assez pour ce travail de collaboration, tes conseils et réponses à n'importe quelle heure. Tu m'auras connu externe, puis interne et bientôt docteur.

Merci pour le soutien infaillible que tu m'as apporté, je suis fière de notre équipe.

A mes proches :

A mes parents,

Vous m'avez soutenu depuis le début, vous m'avez apporté tout l'amour dont un enfant pourrait espérer. Vous m'avez forcé à faire des pauses durant ses longues heures passées à travailler. Merci de m'avoir tant donné depuis toutes ces années et de m'avoir permis de faire ses études.

Merci à ma maman de m'avoir écouté, d'avoir été présente chaque fois que j'en ai eu besoin. Merci à mon papa de m'avoir changé les idées avec ses conneries, et pour notre complicité d'enfants. Bref, merci pour tout, je n'ai pas grand-chose de plus à vous dire que vous ne savez déjà, à part que je vous aime de tout mon cœur et pour toujours.

A ma meilleure amie, Claire,

Je ne te remercierai jamais assez d'être présente depuis maintenant bientôt 15 ans. Depuis le collège, tu as toujours été présente, tu m'as soutenu pour chaque étape de ma vie. Et c'est en partie grâce à ton soutien que je n'ai pas abandonné. Bientôt, tu pourras m'appeler docteur pour de vrai (et non je ne veux toujours pas être ton médecin traitant aha).

Alors merci pour tout, pas besoin d'en dire plus sauf que je t'aime !

A mon chéri, Renaud,

Merci pour ton soutien au quotidien, merci d'avoir supporté mes sautes d'humeurs et merci de me faire rire tous les jours de ma vie. J'espère que tu es fière de moi. Et même si ton énergie débordante m'épuise parfois, elle m'a souvent redonné confiance et l'énergie dont j'avais besoin pour avancer !

Je n'ai plus qu'une chose à te dire, je t'aime de tout mon cœur chou.

A ma Jiji,

Tu as été mon binôme pendant toutes ses études, on a passé des heures à bosser, à parler et j'en passe. Je te remercie d'avoir été là jusqu'au bout. Je serai fière de toi quand ce sera ton tour ; en attendant tu es et tu resteras ma jiji pour toujours.

A ma Linou,

A ma copine d'amour, merci pour ce fabuleux stage qu'on a passé ensemble qui nous a permis d'être amies. Merci d'être toi et de continuer d'être présente malgré ces nombreux kilomètres qui nous séparent, et mille merci pour avoir relu ce travail fastidieux.

A mes copines « barbies »,

Merci d'avoir été là pendant ce stage de pédiatry-gynéco, j'ai passé 6 mois de folie à vos côtés. Je tenais à signaler l'importance de notre groupe de barbies, je compte sur vous pour nos réunions mensuelles à l'avenir !

A mes copines de lycée, Marion, Caro,

Merci de faire partie de ma vie depuis tant d'années maintenant, rien ne change entre nous et c'est pour moi un véritable bonheur de vous retrouver à chaque fois. Merci de m'avoir encouragé à chaque fois que j'en avais besoin. Ne changez pas, je vous aime.

A Marie et Nico,

Merci de m'avoir aidé pour ce travail, et merci de m'avoir donné goût à la course qui m'a sauvé durant ses heures d'écritures ! Je suis ravie d'avoir des copains comme vous. Bon, évidemment un plus grand merci à toi petit chef, j'ai hâte de revenir travailler avec toi et de reprendre nos habitudes de petit cappu du matin.

A ma famille,

Je tiens à vous dire merci pour ne pas avoir tenu rigueur de ses nombreux repas manqués pour cause de « révision ». Et merci en particulier à ma cousine Marie, qui m'avait pourtant conseillé de ne pas suivre cette voie difficile, et qui m'a soutenu malgré tout et m'a beaucoup appris aux urgences, je suis ravie de te rejoindre au rang de docteur.

A ma Nounou,

A toi ma deuxième maman, merci d'être là depuis toujours, merci de m'avoir appris à aimer la vie, à voir le positif en toute circonstance et merci de m'avoir fait découvrir le bonheur d'avoir des frères et sœurs. Je t'aime.

A ma Mimie,

A toi, ma grande sœur, merci de m'avoir fait découvrir le bonheur d'être une enfant de la campagne, je n'oublierai jamais ces heures passées dans les champs, à courir et parler de tout et de rien. Merci de tes nombreuses heures d'écoute, merci d'être toi. Je t'aime, et je suis ravie que tu puisses être présente le jour J.

A mon filleul et ses parents,

Merci de m'avoir soutenu depuis quelques années, merci de m'avoir donné le privilège d'être la « mallaine » de ce petit loulou ; ces câlins étaient si précieux durant ces années d'études. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A mes beaux-parents,

Merci d'être toujours aussi gentils avec moi, merci de m'avoir accepté comme je suis, je ne changerai pour rien au monde. Un grand merci pour avoir contribué à remplir ma mallette de docteur hihi.

A mes différents maîtres de stages et praticiens hospitaliers,

Merci pour tout ce que vous m'avez appris, autant sur le plan relationnel que médical.

Abréviations utilisées :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMP : dossier médical partagé

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

HGE : hépato-gastro-entérologue

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

MG : Médecins généralistes

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

ORL : Oto Rhino Laryngologie

PDF : Portable Document Format

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

TABLE DES MATIÈRES.

I. INTRODUCTION	11
A. Généralités	11
B. La relation médecin généraliste-spécialiste	12
C. Intérêt et objectifs de l'étude	15
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	17
A. Description de l'étude	17
B. Détermination de la population	17
C. Questionnaire et sa diffusion	18
D. Recueil des données et l'analyse statistique	18
III. RÉSULTATS	19
A. Données épidémiologiques	19
1. Description de la population.....	19
2. Caractéristiques socio-professionnelles.....	23
B. Analyse de la communication entre les spécialistes d'organes et les médecins généralistes	24
1. Comparaison en fonction du lieu d'exercice.....	24
2. Comparaison en fonction de l'âge des spécialistes	27
C. Différences observées sur les connaissances des spécificités entre téléconsultation et téléexpertise.	31
1. Comparaison en fonction du lieu d'exercice.....	31
2. Comparaison en fonction de l'âge des spécialistes.....	32
D. Comparaison des principales spécialités ayant répondu	33
1. Comparaison du lieu d'exercice en fonction des principales spécialités ayant répondu.	34
2. Comparaison du moyen de communication préférentiel en fonction des principales spécialités ayant répondu.....	34
3. Analyse des connaissances des spécificités sur la téléconsultation et téléexpertise selon les spécialités ayant majoritairement répondu.....	35
IV. DISCUSSION	37

A.	Interprétation et discussion des résultats.....	37
1.	Les moyens de communications utilisés par les médecins généralistes pour contacter leurs confrères spécialistes.....	37
2.	Existence d'un temps dédié aux avis spécialisés.....	39
3.	Discussion sur la téléconsultation et téléexpertise.....	44
B.	Intérêt, limites et biais de l'étude.....	47
1.	L'intérêt de l'étude.....	47
2.	Les limites et biais de l'étude.....	47
V.	CONCLUSION.....	49
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	51
VII.	ANNEXE	55

I. INTRODUCTION

A. Généralités

Le modèle du médecin de famille accessible à n'importe quel moment, dévoué pour l'ensemble de la famille et s'occupant de plusieurs générations, avare d'explications et catégorique dans ses prescriptions est révolu. Il en est de même pour la relation au patient de type paternaliste (1). En effet, le patient d'aujourd'hui, principalement celui qui souffre d'une pathologie chronique, veut être maître de sa santé, acteur de sa prise en charge, et donc prendre part à la décision thérapeutique.

En outre, un autre facteur marque une évolution de la relation médecin-patient, celui des technologies. Le médecin possède à sa disposition un dossier médical informatisé pour exercer son métier dont l'usage lui est imposé par la réglementation, ainsi que le recours à des algorithmes diagnostics et thérapeutiques, mais aussi de nouvelles méthodes émergentes comme la télémédecine ou la téléexpertise.

Les médecins généralistes sont dans la majorité des cas les premiers intervenants consultés par les patients quelle que soit l'origine ou la nature de leurs symptômes. Qu'il s'agisse de situations aiguës ou chroniques, de consultations initiales ou de suivi, le médecin généraliste recueille toutes les demandes regroupant ainsi tous les corps de spécialités médicales.

Toutefois, les médecins généralistes sont souvent limités par la nécessité d'un avis secondaire, plus spécialisé. Mais leur problème est l'accessibilité restreinte aux médecins spécialistes. Les délais de rendez-vous s'allongent de manière croissante ces dernières années, notamment en raison de la baisse du nombre de médecins, mais également du fait de la difficulté pour un nouveau patient d'entrer dans un parcours de prise en charge spécialisé. Un phénomène notable réside également dans l'avidité et la rapidité pour les patients à requérir un avis spécialisé.

Sur ce recours aux spécialistes, plusieurs études ont mis en évidence que la plupart des problématiques soulevées par les médecins généralistes concernés s'avèrent être des questions d'ordre diagnostic, de traitement ou bien encore de suivi (2,3).

Toutefois, il convient de noter l'importance d'un retour des spécialistes concernant ces problématiques. Une thèse a été réalisée sur le sujet en 2013, mettant en avant le souhait des médecins généralistes d'obtenir une expertise médicale avec une conduite à tenir, et le souhait des spécialistes d'obtenir un respect de l'attitude thérapeutique prescrite. Il est également intéressant de noter, concernant les modalités de transmission d'information, que le courrier apparaît de manière unanime comme le moyen de communication privilégié en l'absence d'urgence. Le téléphone étant préféré en cas de problématique particulière ou d'urgence. La communication par mail quant à elle, est de plus en plus plébiscitée, en particulier par les jeunes médecins (4).

B. La relation médecin généraliste-spécialiste

Plusieurs travaux, anciens ou menés à l'étranger pour la plupart, ont été réalisés sur ce sujet. Ces derniers mettent en avant les diverses limites de l'interdisciplinarité dans la prise en charge des patients en médecine ambulatoire. Le principal point négatif mis en exergue de manière récurrente dans la littérature scientifique se trouve être le défaut d'information et de communication entre confrères, que ce soit dans la prise en charge, la réalisation d'examen ou encore le suivi (5-7). De ce fait, les prises en charge sont sous-optimales, incomplètes ou parfois redondantes créant ainsi une majoration de la demande et de la consommation de soins. Il convient donc de trouver de nouveaux moyens de communication entre spécialistes et ce, dans l'intérêt des patients.

Cependant, peu d'études ont été réalisées sur les méthodes d'accès des médecins généralistes aux avis des spécialistes d'organes en France. Malgré l'émergence des téléconsultations et téléexpertises, mise en avant dans des études réalisées au Canada (8) et aux États-Unis (9), et leurs impacts souvent positifs, ces dernières se trouvent sous exploitées sur le territoire national.

La notion de télémédecine est mentionnée pour la première fois en France en 2009 avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire). Et c'est en 2010 qu'apparaissent les cinq concepts de la télémédecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la téléassistance, la télésurveillance et la régulation en centre 15. Le premier cabinet comprenant la téléconsultation a vu le jour en 2018, ceci correspondant à la date d'éligibilité au remboursement par la sécurité sociale pour l'ensemble des patients. Néanmoins, pour pouvoir bénéficier de cette prise en

charge de téléconsultation par l'Assurance Maladie, deux conditions devaient impérativement être remplies (10)(11) :

- Le parcours de soins coordonnés doit être respecté (le patient bénéficiant d'une téléconsultation doit être initialement orienté par son médecin traitant quand celle-ci n'est pas réalisée par ce dernier). Mais certaines spécialités peuvent être accessibles directement (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie ORL (Oto Rhino Laryngologie) ou maxillo-faciale, psychiatrie et pédiatrie).
- Le professionnel de santé doit exercer dans le même territoire que le patient.

Il existe des exceptions à ces deux conditions :

- Le parcours de soins coordonnés n'a pas l'obligation d'être respecté lorsque l'on est face à des patients de moins de 16 ans, des patients du secteur carcéral, pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, pour les situations d'urgences, ou pour les personnes résidant en établissement pour personnes âgées ou établissements accueillant des personnes adultes handicapées.
- La condition de proximité n'est pas exigée si le patient n'a pas de médecin traitant (quand la téléconsultation est avec un médecin généraliste) et s'il réside dans une zone où l'offre de soins est faible (si la téléconsultation est avec un spécialiste) et qu'il n'existe pas d'organisation territoriale coordonnée sur le territoire de résidence.

La figure suivante schématise bien l'ensemble des liens possibles entre professionnels de santé en exploitant la télémédecine.

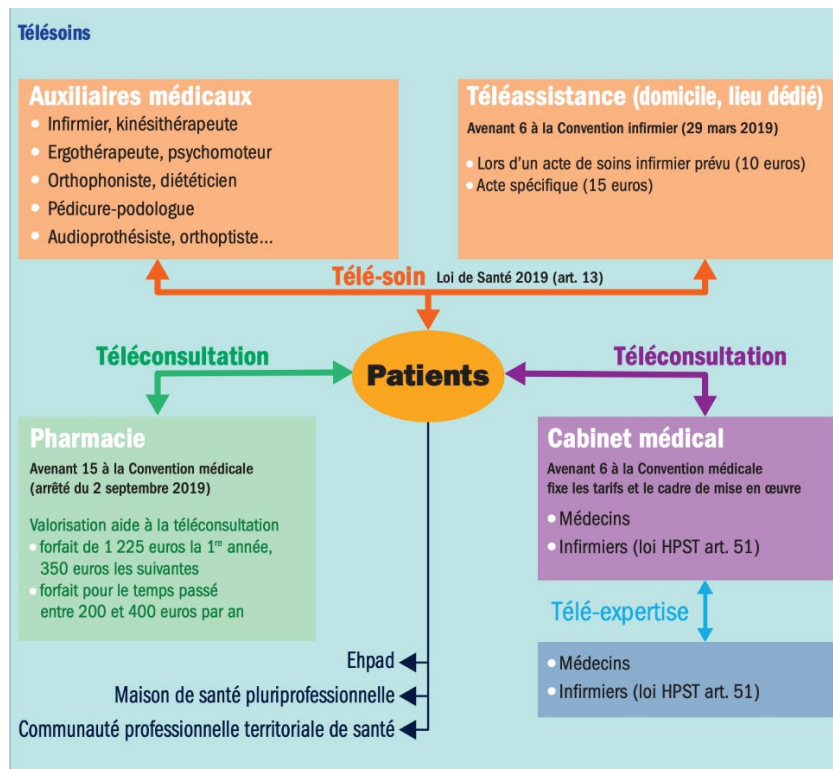


Figure 1. Schématisation des possibilités de la télémédecine.

Nous avons pu constater un réel essor de la télémédecine, notamment avec la crise du COVID-19, qui a contraint les professionnels de santé tout comme les patients à s'en servir. Une étude réalisée au Royaume Uni en 2020 consistant à évaluer les perceptions des neurologues sur l'utilisation de la téléconsultation a permis de soulever plusieurs points. Le premier concernait l'absence de communication non verbale et d'examen physique, entraînant de ce fait un surcoût en lien avec la programmation à outrance d'examens complémentaires pour certifier le diagnostic. Le second révélait que les consultations à distance permettaient d'offrir aux patients une meilleure expérience notamment dû au temps d'attente réduit, aux déplacements en moins, en particulier pour les patients à mobilité réduite. Lors de ces téléconsultations, les praticiens avaient mis en avant un échange plus productif et constructif comparé à un simple appel téléphonique, cependant des améliorations demeuraient à faire concernant les logiciels et les infrastructures. La discussion soulevait l'intérêt de la télé-neurologie. Celle-ci serait intéressante et pertinente concernant le suivi des maladies chroniques comme l'épilepsie, qui ne nécessite pas forcément la présence physique du patient (12).

Parallèlement, la téléexpertise a connu son propre essor. Elle a pour objectif de permettre à deux professionnels, selon leurs formations ou leurs compétences spécifiques, de se concerter sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. Pour information, celle-ci est soumise à une cotation singulière puisqu'elle nécessite un médecin requérant et un

médecin requis. Cet acte est rémunéré respectivement à hauteur de 10€ et 20€ lorsque la cotation est employée.

Il est également important de mentionner la télésurveillance. Celle-ci a pour but de cibler les patients à risque d'hospitalisation ou de complications, de parvenir à stabiliser leur état, puis de faciliter leur prise en charge. Elle permet d'améliorer la qualité de vie des patients en les impliquant dans leur suivi. La figure suivante schématise l'intérêt de la télésurveillance (13).

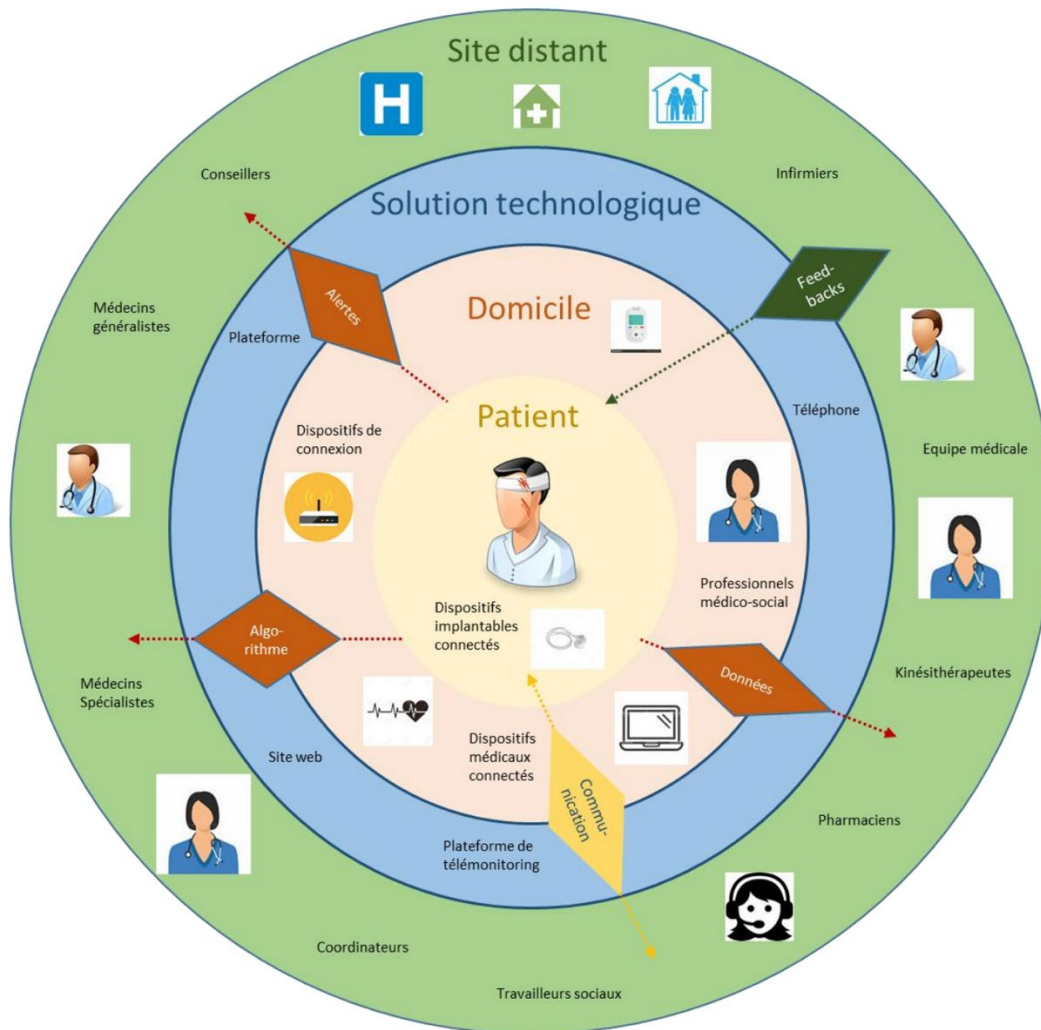


Figure 2. Schéma explicatif sur la télésurveillance.

C. Intérêt et objectifs de l'étude

Au vu des dispositifs mis en place actuellement, il est possible d'exploiter l'évolution du numérique sous toutes ses formes pour pallier le manque de praticiens et les aider dans la prise en charge globale des patients. Ainsi, il serait légitime d'interroger les autres spécialistes sur les possibilités proposées à leurs confrères généralistes pour donner leur avis, plus particulièrement lorsque ce dernier a un caractère impératif. Nous avons défini les avis semi-

urgents comme une modification de l'état du patient nécessitant un avis diagnostic ou thérapeutique dans un délai rapproché. Pour mentionner quelques exemples, cela pourrait être la découverte fortuite d'une lésion suspecte, les diagnostics difficiles comme ceux rencontrés en médecine interne, des déséquilibres de diabète, la mise en évidence d'une BPCO ou emphysème sur des examens réalisés en ville. Nous sommes partis du postulat que les patients présentant une urgence vitale étaient adressés aux services d'urgences sans délai.

Il existe de nombreux modes de recours possibles et ceux-ci diffèrent en fonction de chaque spécialité.

De ce fait, notre objectif principal était de dresser un état des lieux des moyens de recours aux spécialistes d'organes pour les médecins généralistes de la Somme dans le cadre d'une prise en charge accélérée.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'intérêt que suscite la télémédecine chez les spécialistes, afin de savoir si celle-ci pourrait davantage s'intégrer dans notre pratique courante et également d'évaluer la faisabilité ou non de la mise en place d'un temps dédié aux avis spécialisés.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative épidémiologique, descriptive, transversale et observationnelle, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire sous format numérique.

B. Détermination de la population

La population de l'étude était l'ensemble des spécialistes d'organes thésés exerçant dans le département de la Somme.

Pour effectuer ce travail, nous avons récupéré le nom de chaque spécialiste référencé dans la Somme dans chacun des différents lieux d'exercice ; que ce soit en cabinet libéral, en clinique, en Centre Hospitalier Général ou encore au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) d'Amiens via « annuaire AMÉLIE », « Doctolib » et l'annuaire du CHU. Nous avons contacté l'ARS, le Conseil de l'Ordre ainsi que l'URPS, dont nous n'avons malheureusement pas obtenu de réponse. Cette première étape a contribué à l'obtention d'un listing de chaque spécialité dans le département de la Somme. Pour notre analyse, nous avons inclus l'ensemble des spécialistes référencés dans la Somme soit 783. Le nombre de réponses nécessaires était de 235. Cependant, nous avons exclu les spécialités suivantes : urgentistes, réanimateurs, anesthésistes, radiologues, anatomopathologistes, allergologues, chirurgiens thoraciques, biologistes, médecins légistes, les médecins de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). Cela se justifie par les situations dans lesquelles nous y avons recours ; en effet les premiers relèvent d'un caractère urgent (urgentistes, réanimateurs, anesthésistes) et les autres ne sont pas sollicités par les médecins généralistes ou alors très rarement.

Une fois ce travail réalisé, nous avons contacté chaque secrétariat un par un pour récupérer les adresses mails des différents services ou médecins afin de pouvoir transmettre le questionnaire par voie numérique. Chaque réponse obtenue a ainsi contribué à constituer notre population d'étude. L'ensemble de ces données a été répertorié sur un annuaire informatisé non mis en ligne.

C. Questionnaire et sa diffusion

Un questionnaire unique (**annexe**) a été envoyé par voie numérique avec une adresse mail spécialement conçue pour l'étude, aux différents secrétariats ou directement aux médecins spécialistes dont nous avons récupéré les adresses mails, soit 138 envois au total. Deux modalités de réponses étaient possibles : réponse au questionnaire via la plateforme googleform, ou réponse via un questionnaire fourni en pièce jointe au format PDF (*Portable Document Format*). Si la seconde option était choisie, les spécialistes avaient pour indication de renvoyer leur questionnaire PDF par mail à l'adresse définie précédemment. Une seconde relance ainsi qu'une troisième en élargissant les spécialités étudiées (médecine palliative, addictologie) ont été nécessaires pour obtenir un nombre de réponses suffisant, soit un envoi de 535 mails au total.

Pour ne pas biaiser les réponses, le questionnaire a été anonymisé pour réaliser l'analyse statistique. Une première série de questions avait pour but de déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles des médecins spécialistes. Une seconde série de questions recueillait les différents modes de communications qu'ils mettaient à disposition des médecins généralistes, puis évaluait leurs pratiques quant à la téléconsultation et téléexpertise.

D. Recueil des données et l'analyse statistique

Le premier envoi des questionnaires a été fait le 22 mai 2023. La seconde relance a été faite le 11 septembre 2023, la troisième et dernière le 6 novembre 2023 pour une clôture de l'étude le 31 décembre 2023. Les différents questionnaires en format PDF ont été réceptionnés sur l'adresse mail conçue pour l'étude.

Nous avons fait appel à un statisticien, en lui transmettant l'ensemble des données après anonymisation, c'est-à-dire que chaque questionnaire a été donné sans les adresses mails des différents spécialistes via un fichier Excel. Il a ensuite traité ces données via le logiciel R en appliquant pour les analyses statistiques : le test du Chi-2.

III. RÉSULTATS

A. Données épidémiologiques

1. Description de la population

Sur les 535 questionnaires envoyés au total, soit au secrétariat de différents services soit directement aux médecins, nous avons reçu 180 réponses soit un taux de participation de 33,6%.

Sur nos 180 questionnaires réceptionnés, nous avons exclu 9 questionnaires car 6 provenaient de médecins généralistes (dont un qui a répondu 3 fois), 1 était un médecin du sport et 2 étaient des pédiatres libéraux (**Figure 3**).

Nous avons exclu les pédiatres libéraux puisque nous avons supposé qu'ils n'étaient que très peu sollicités par les médecins généralistes et nous n'avons pris en considération que les pédiatres spécialistes.

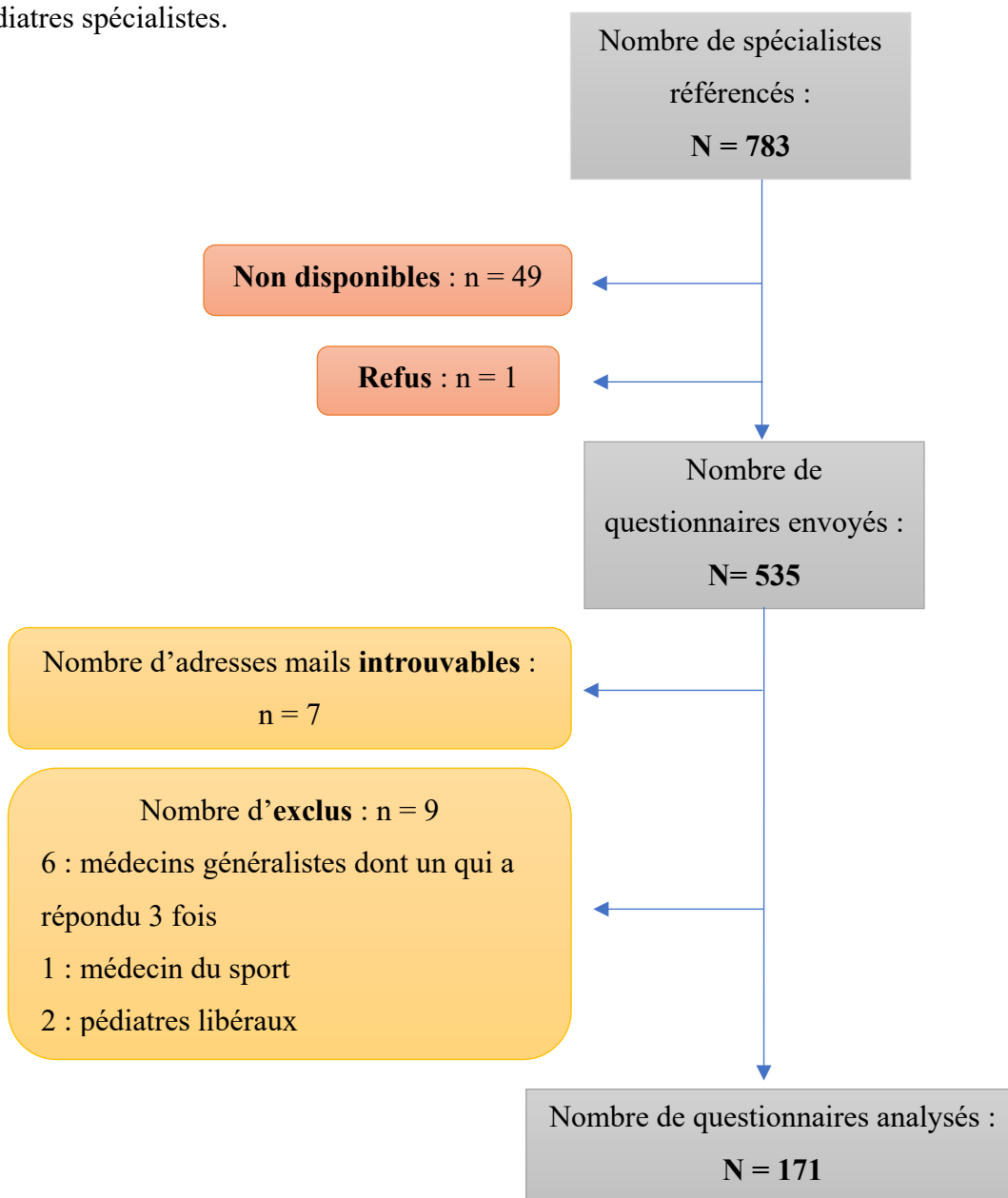


Figure 3. Flow-chart de l'étude.

Le **tableau 1** relate les différentes spécialités représentées ainsi que leur effectif respectif.

Spécialité (Nombre total référencé dans la Somme)	Nombre de réponses (pourcentage sur le <i>nombre de spécialistes dans la Somme</i>)	Nombre de réponses (pourcentage sur le <i>nombre de questionnaires total analysés soit 171</i>)
Addictologie (3)	1 (33,3%)	1 (0,58%)
Cardiologie (124)	14 (11,3%)	14 (8.19%)
Chirurgie digestive (16)	6 (37,5%)	6 (3.51%)
Chirurgie vasculaire (18)	5 (27,8%)	5 (2.92%)
Dermatologie (18)	5 (27,8%)	5 (2.92%)
Endocrinologie (14)	13 (92,8%)	13 (7.60%)
Gériatrie (26)	2 (7,7%)	2 (1.17%)
Gynécologie (36)	8 (27,8%)	8 (4.68%)
Hématologie (13)	3 (23%)	3 (1.75%)
Hépto-gastroentérologie (46)	14 (30,4%)	14 (8.19%)
Infectiologie (3)	2 (66,6%)	2 (1.17%)
Médecine interne (4)	4 (100%)	4 (2.34%)
Médecine palliative EMSP (12)	2 (16,7%)	2 (1.17%)
Médecine vasculaire (26)	5 (19,2%)	5 (2.92%)

Néphrologie (26)	13 (50%)	13 (7.60%)
Neurochirurgie (10)	2 (20%)	2 (1.17%)
Neurologie (37)	8 (21,6%)	8 (4.68)
Oncologie (20)	2 (10%)	2 (1.17%)
Ophthalmologie (49)	6 (12,2%)	6 (3.51%)
ORL (20)	6 (30%)	6 (3.51%)
Orthopédie (36)	12 (33,3%)	12 (7.02%)
Pédiatre (8)	1 (12,5%)	1 (0.58%)
Pneumologie (49)	17 (34,7%)	17 (9.94%)
Psychiatrie (107)	12 (11,2%)	12 (7.02%)
Rhumatologie (28)	4 (14,3%)	4 (2.34%)
Urologie (17)	4 (23,5%)	4 (2.34%)

Tableau 1. Spécialités représentées et leurs effectifs

Les deux figures suivantes schématisent le tableau précédent.

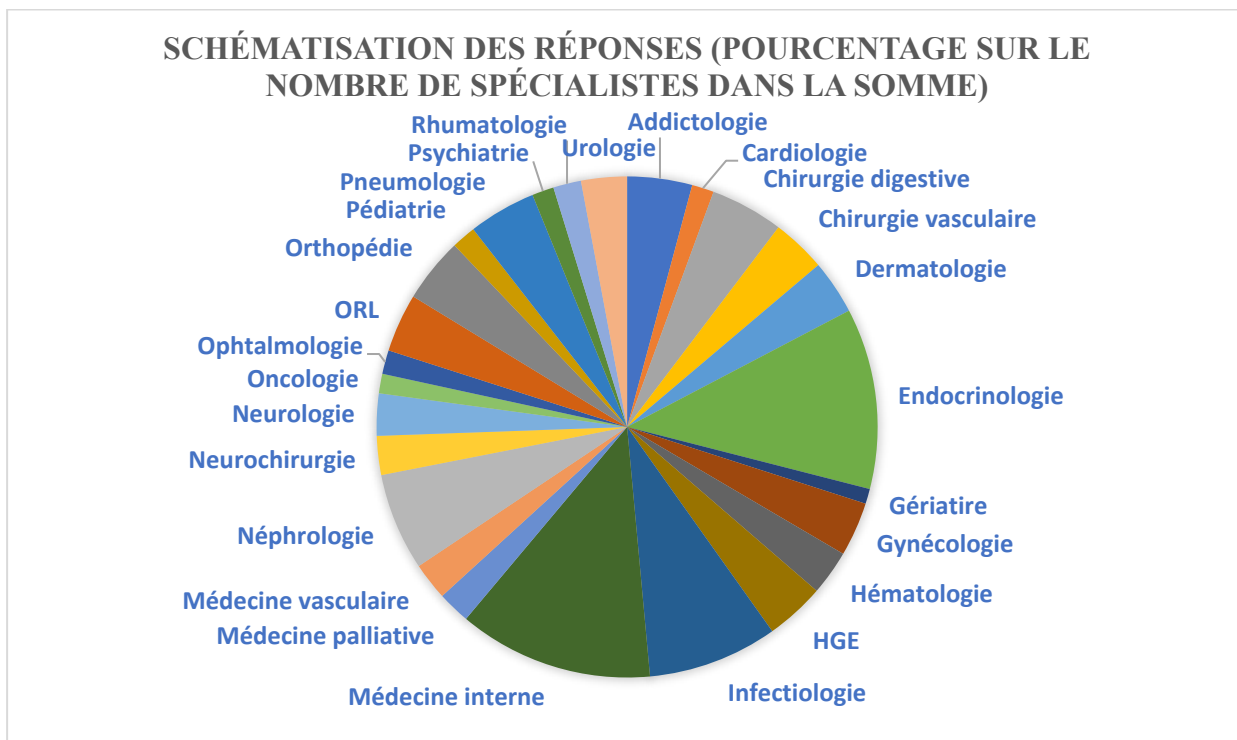


Figure 4. Schématisation du pourcentage de réponses des spécialités sur le nombre de spécialistes référencés dans la Somme.

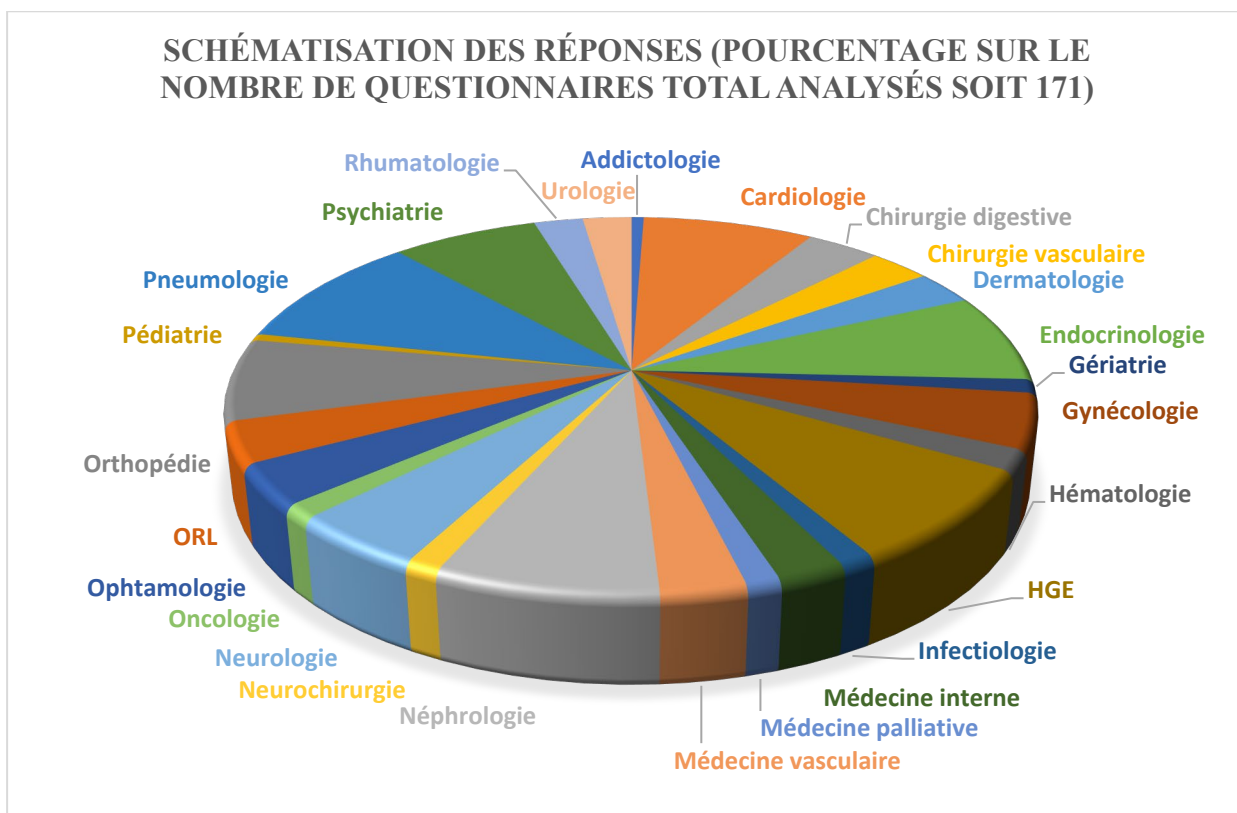


Figure 5. Schématisation du pourcentage de réponses des spécialités sur le nombre de questionnaires total analysés.

2. Caractéristiques socio-professionnelles

a) Âge

Les praticiens ayant répondu au questionnaire avaient majoritairement entre 30 et 39 ans (38%). Les autres avaient entre 40-49 ans pour 27% d'entre eux, le reste concernant les <30 ans (4%) et les plus de 50 ans (31%). D'une façon plus générale, nous pouvons observer un taux de réponse plus élevé dans la catégorie d'âge située entre 30 et 49 ans (65%) sur la **Figure 6**.

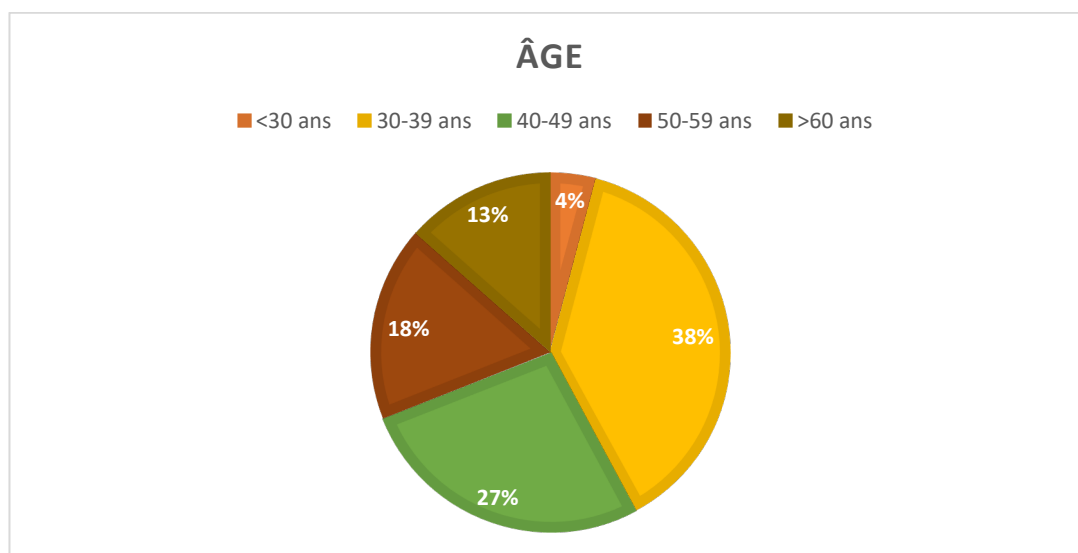


Figure 6. Répartition des spécialistes en fonction de leur tranche d'âge.

b) Années d'expérience

Nous avons trouvé intéressant de mentionner les différences entre les spécialistes concernant leur différent temps d'exercice (nombre d'années d'expérience) (**tableau 2**).

Nous avons constaté que la majorité des réponses obtenues concernaient les praticiens exerçant depuis plus de 20 ans (35,1%) ; tandis que l'autre majorité de réponses concernaient ceux exerçant depuis moins de 5 ans (22,8%) et ceux depuis 10 à 20 ans (24,6%). Une minorité exerce depuis 5 à 10 ans (17,5%).

Temps d'exercice	N = 171
Moins de 5 ans	39 (22,8%)
Entre 5 et 10 ans	30 (17,5%)
Entre 10 et 20 ans	42 (24,6%)
Plus de 20 ans	60 (35,1%)

Tableau 2. Répartition des spécialistes en fonction de leurs années d'expérience.

c) *Différent lieu d'exercice*

Sur les 171 réponses obtenues, 65 médecins exerçaient au CHU (38%). 38 ont répondu qu'ils exerçaient en médecine hospitalière hors CHU (22%), 21 ont répondu qu'ils avaient une activité partagée (12%) ; et 35 d'entre eux ont mentionné travailler en ville (21%).

Les autres ont répondu exercer à la fois en hôpital périphérique et au CHU d'Amiens (7%). Ceci est illustré dans la **figure 7**.

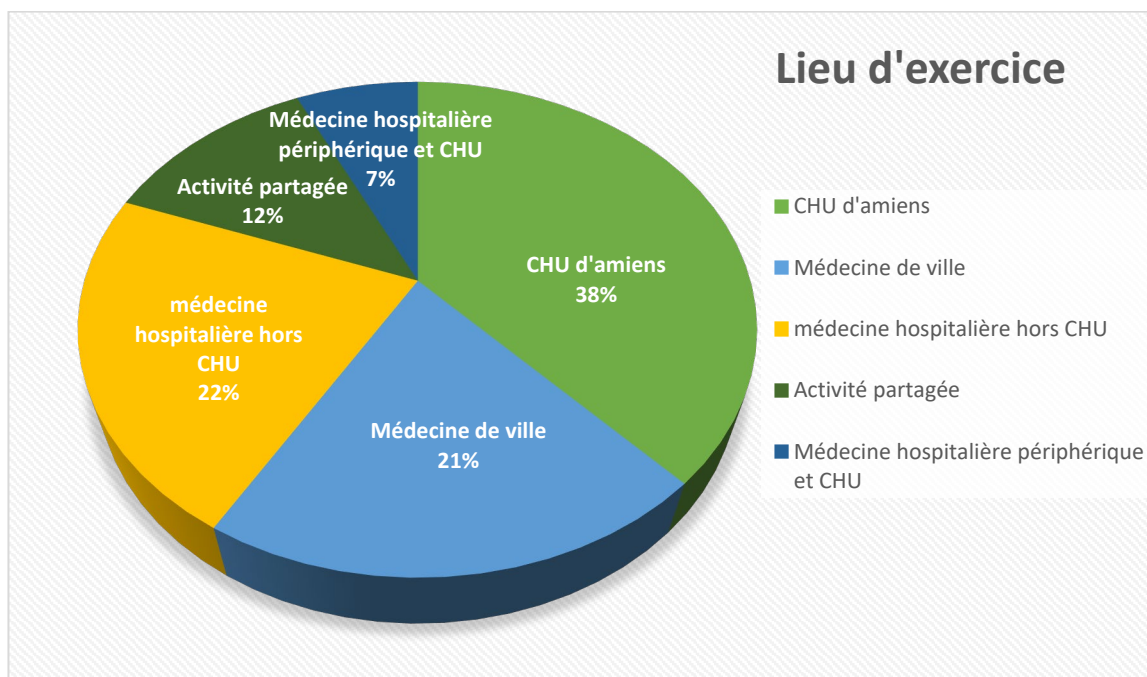


Figure 7. Répartition en fonction du lieu d'exercice des médecins.

B. Analyse de la communication entre les spécialistes d'organes et les médecins généralistes

1. Comparaison en fonction du lieu d'exercice

Pour cette partie des analyses, nous avons distingué les spécialistes exerçant une activité hospitalière (y compris ceux avec une activité partagée) de ceux exerçant uniquement en libéral :

- 35 médecins exerçaient en libéral
- 136 médecins exerçaient en hospitalier

a) Analyse de la fréquence de sollicitation par les médecins généralistes

Pour commencer, sur les 35 médecins libéraux, 34 ont mentionné être sollicités moins de 5 fois par jour (97,1%) par leur confrères médecins généralistes, contre seulement 1 ayant répondu être sollicité entre 5 et 10 fois par jour (2,9%).

Pour ceux exerçant en hospitalier, 122 ont mentionné être sollicités moins de 5 fois par jour (89,7%), 1 seul plus de 10 fois par jour (0,74%) et 13 autres entre 5 et 10 fois par jour (9,56%). Pour l'ensemble de ces données, en comparant la fréquence de sollicitation entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative ($p=0,447$).

Ces résultats ont montré qu'en général les spécialistes étaient sollicités **moins de 5 fois par jour**.

b) Analyse du moyen de communication préférentiel des spécialistes

A la question 7 était attendu une ou plusieurs réponses entre mail, téléexpertise, téléphone et autre.

Les praticiens libéraux ont répondu :

- Pour la majorité (27) par téléphone seulement (79,4%), puis 2 autres ont répondu par contact personnel, que l'on peut reclasser dans l'item « téléphone » soit 29 au total (85,3%).
- 2 par mail (5,88%)
- 2 par téléphone et mail (5,88%)
- 1 seul par téléphone et téléexpertise (2,85%)

Les médecins hospitaliers ont répondu :

- Pour la majorité (106) par téléphone (78%), puis 4 autres ont répondu par contact personnel, que l'on peut également reclasser dans cet item soit 110 au total (80,9%).
- 14 d'entre eux par mail (10,3%)
- 10 parmi eux par téléphone et mail (7,4%)
- 1 seul par téléexpertise (0,7%)
- 1 seul par téléphone et téléexpertise (0,7%)

D'un point de vue général, que ce soit en milieu hospitalier comme en ville, les spécialistes préféraient être contactés via le **téléphone**. La seule différence que l'on a pu observer entre les 2 lieux d'exercice concernait le mail qui semblait davantage être utilisé pour le milieu hospitalier, sans toutefois être significatif d'un point de vue statistique ($p=0,734$).

c) *Aménagement d'un temps dédié aux avis sollicités par les médecins généralistes*

En effet, sur notre travail de thèse, il nous a semblé primordial d'interroger les spécialistes sur l'existence d'un temps dédié ou non aux avis qui leur parviennent de la part de leurs confrères médecins généralistes.

Pour les praticiens exerçant en ville, 83% d'entre eux n'avaient pas de temps dédié contre 17% qui en avaient un. Pour ceux exerçant en milieu hospitalier, 70% n'avaient pas de temps dédié aux avis versus 30% qui en avaient un (**Figure 8**).

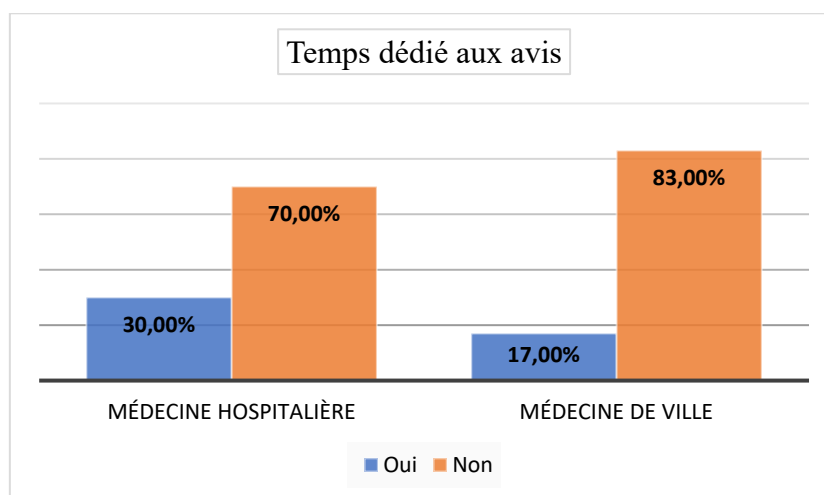


Figure 8. Temps dédié aux avis pour les médecins généralistes selon le lieu d'exercice.

(i) *En cas de temps dédié*

Concernant la question 11, relative à la fréquence du temps dédié mis en place dans leur pratique, les médecins libéraux ont répondu pour la majorité qu'elle était journalière (41,2%), plus rarement 1 à 2 fois par semaine pour 35,3% d'entre eux et encore plus rarement plus de 2 fois par semaine pour 23,5% d'entre eux (**Tableau 3**).

Les médecins hospitaliers, quant à eux, ont répondu pour une grande majorité qu'elle était journalière (47%), moins souvent 1 à 2 fois par semaine pour 36,4% d'entre eux, plus rarement plus de 2 fois par semaine pour 12,1% d'entre eux. 2 ont répondu 1 fois par mois (3%) et 1 a répondu plus d'une fois par mois (1,5%).

Temps dédié	Médecins hospitaliers	Médecins libéraux
Journalière	31 (47%)	7 (41,2%)
1 à 2 fois par semaine	24 (36,4%)	6 (35,3%)
>2 fois par semaine	8 (12,1%)	4 (23,5%)
1 fois par mois	2 (3%)	0 (0%)
>1 fois par mois	1 (1,5%)	0 (0%)

Tableau 3. Fréquence du temps dédié aux avis en fonction du lieu d'exercice.

Pour l'ensemble des médecins ayant mis en place un temps dédié, quel que soit sa fréquence, ils mentionnaient un gain de temps pour les prises en charge des patients à la question 12. En effet, 91% des médecins hospitaliers ont répondu oui à cette question, et 80% des médecins libéraux ont répondu oui également.

(ii) *En l'absence de temps dédié mis en place*

Parmi les spécialistes n'ayant pas de temps dédié aux avis, nous avons essayé d'analyser si ce dernier pouvait être mis en place.

Les médecins libéraux ont répondu pour 61,8% d'entre eux qu'il ne serait pas envisageable d'intégrer à leur pratique un temps dédié pour les avis des médecins généralistes. Les médecins hospitaliers ont répondu pour 62,7% d'entre eux qu'il ne serait pas non plus envisageable de mettre en place un temps dédié.

Parmi les raisons pour lesquelles cela ne serait pas envisageable, nous avons retrouvé un manque de temps pour 58,9% d'entre eux et un manque de matériel adapté pour 13,2% d'entre eux.

2. Comparaison en fonction de l'âge des spécialistes

Pour cette partie des analyses, nous avons séparé les spécialistes en fonction de leur âge :

- 7 avaient moins de 30 ans (4,1%)
- 65 avaient entre 30 et 39 ans (38%)
- 46 avaient entre 40 et 49 ans (26,9%)
- 30 avaient entre 50 et 59 ans (17,5%)
- 23 avaient plus de 60 ans (13,5%)

a) *Analyse de la fréquence de sollicitation par les médecins généralistes*

Pour commencer, nous avons observé que pour la grande majorité des spécialistes, tout âge confondu, ces derniers étaient sollicités moins de 5 fois par jour.

Le **tableau 4** relate les différents résultats en fonction de l'âge.

Fréquence de la sollicitation des MG (Médecins généralistes)	<30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	>60 ans
<5 fois par jour	6 (86%)	61 (94%)	40 (87%)	27 (90%)	22 (96%)
Entre 5 et 10 fois par jour	1 (14%)	4 (6%)	5 (11%)	3 (10%)	1 (4%)
>10 fois par jour	0	0	1 (2%)	0	0

Tableau 4 : *Fréquence de sollicitation des médecins généralistes en fonction de l'âge des spécialistes.*

b) *Analyse du moyen de communication préférentiel des spécialistes*

Nous allons décrire le moyen de communication préférentiel des spécialistes en fonction de leur tranche d'âge (**Tableau 5**).

Pour débiter, les moins de 30 ans ont répondu qu'ils préféreraient être contactés par téléphone (85,7%). De même que les 30-39 ans pour 86,2% d'entre eux. Les 40-49 ans ont également répondu pour 67,4% d'entre eux : le téléphone, mais aussi par mail pour 19,6%. Les 50-59 ans ont répondu par téléphone à 83,3%, par mail à 6,68% ou par mail et téléphone à 6,68%. Les plus de 60 ans ont majoritairement mentionné : le téléphone (68,2%), puis le mail (13,7%), le mail et le téléphone (13,6%), et seulement 1 a mentionné la téléexpertise (4,55%).

Cela n'a montré aucune différence statistiquement significative (p=0,687).

Moyen de communication	<30 ans N = 7	30-39 ans N = 65	40-49 ans N = 46	50-59 ans N = 30	>60 ans N = 23	P - value
Contact personnel	1 (14%)	2 (3%)	2 (4%)	1 (3%)	0	0,687
Mail	0	2 (3%)	9 (20%)	2 (7%)	3 (14%)	
Téléexpertise	0	0	0	0	1 (4%)	
Téléphone	6 (86%)	56 (86%)	31 (67%)	25 (83%)	15 (68%)	
Téléphone, mail	0	3 (5%)	4 (9%)	2 (7%)	3 (14%)	
Téléphone, téléexpertise	0	2 (3%)	0	0	0	

Tableau 5. Moyen de communication préférentiel en fonction de l'âge des spécialistes.

a) *Aménagement d'un temps dédié aux avis sollicités par les médecins généralistes*

Sur la **figure 9**, pour l'ensemble des catégories d'âges, la majorité des spécialistes a répondu ne pas avoir de temps dédié aux avis pour les médecins généralistes.

Cependant, nous pouvons souligner le fait que la proportion de spécialistes ayant un temps dédié est plus importante chez les jeunes avec 43% de oui chez les moins de 30 ans, et 31% chez les 30-39 ans. L'ensemble de ces données n'a montré aucune différence significative (p -value = 0,238).

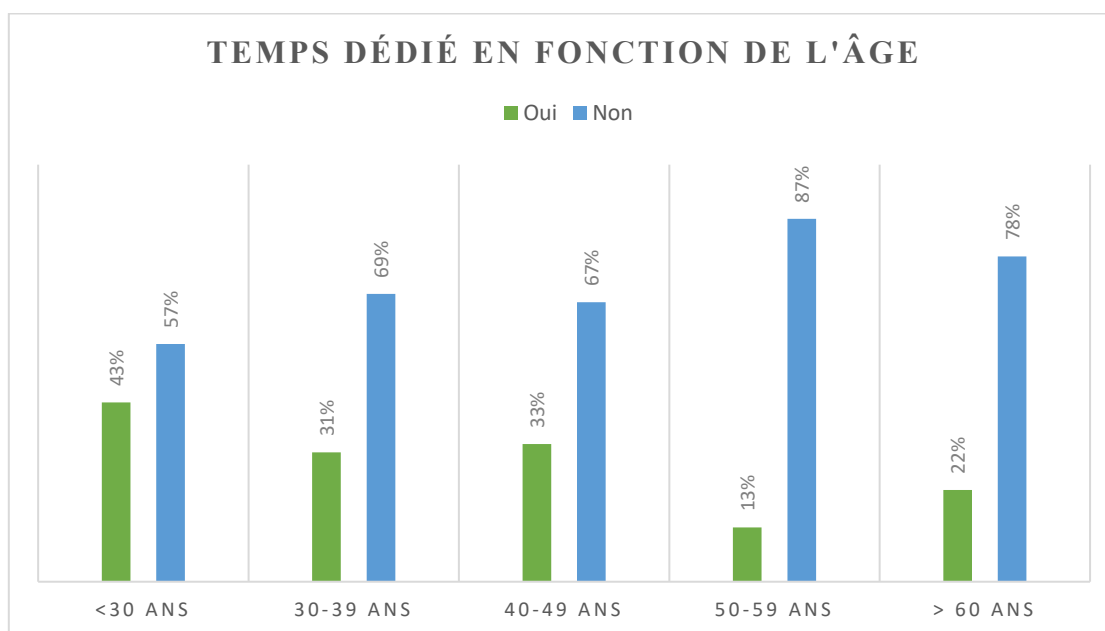


Figure 9. Organisation du temps dédié aux avis en fonction de l'âge des spécialistes.

(i) *En cas de temps dédié mis en place*

Pour l'ensemble des médecins ayant mis en place un temps dédié, quelles que soient la fréquence de ce dernier et l'âge du médecin, ils mentionnaient un gain de temps pour les prises en charge des patients.

En effet, pour les moins de 30 ans, 83% des spécialistes ont répondu oui, 93% pour les 30-39 ans, 88% pour les 40-49 ans, 81% pour les 50-59 ans et 85% pour les plus de 60 ans. Ces valeurs ne montrent aucune différence statistiquement significative puisque nous avons un p-value égal à 0,583.

(ii) *En l'absence de temps dédié mis en place*

Nous avons évalué la possibilité de mettre en place un temps dédié aux avis des médecins généralistes dans la pratique courante des spécialistes.

Parmi les spécialistes, nous pouvons noter que les moins de 30 ans ont répondu pour 50% d'entre eux qu'il serait envisageable de mettre en place un temps dédié. Parmi les 30-39 ans, 64% ont répondu que cela ne serait pas possible. Parmi les 40-49 ans, 50-59 ans et les plus de 60 ans, ils ont répondu que cela ne serait pas possible non plus à hauteur de 58%, 57%, 56% respectivement (**figure 10**).

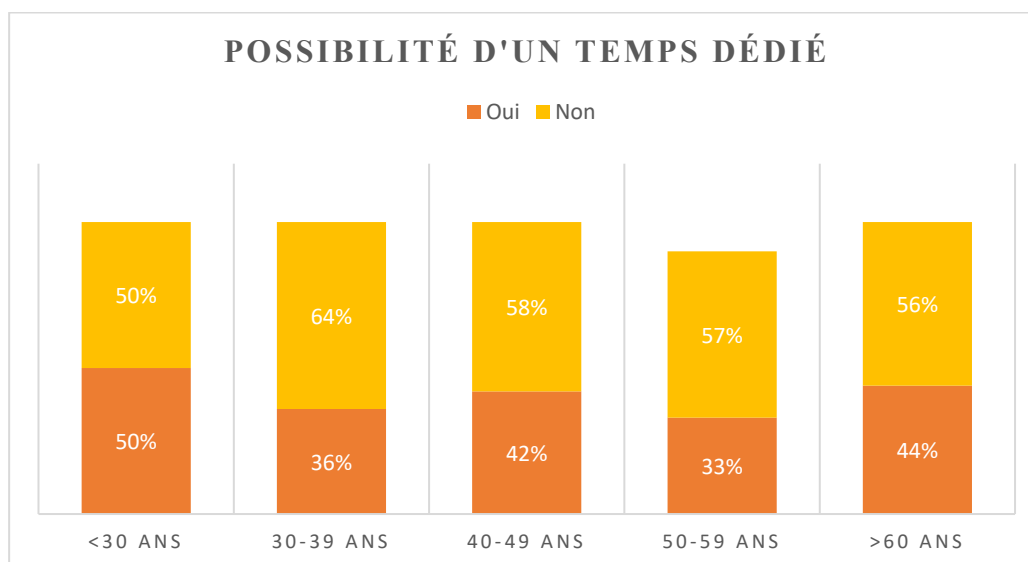


Figure 10. Possibilité de mettre en place un temps dédié aux avis en fonction de l'âge.

C. Différences observées sur les connaissances des spécificités entre téléconsultation et téléexpertise

1. Comparaison en fonction du lieu d'exercice

a) Analyse des connaissances des spécificités sur la téléconsultation et téléexpertise

En fonction du lieu d'exercice, nous avons pu constater que les spécialistes ont répondu pour la majorité qu'ils ne connaissaient pas les différences entre la téléconsultation et la téléexpertise.

En effet, pour les médecins libéraux 29% ont répondu oui contre 71% qui ont répondu non. Parmi les médecins hospitaliers, 33% ont répondu oui contre 67% qui ont répondu non (**Figure 11**). Cependant, ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p\text{-value} = 0,838$).

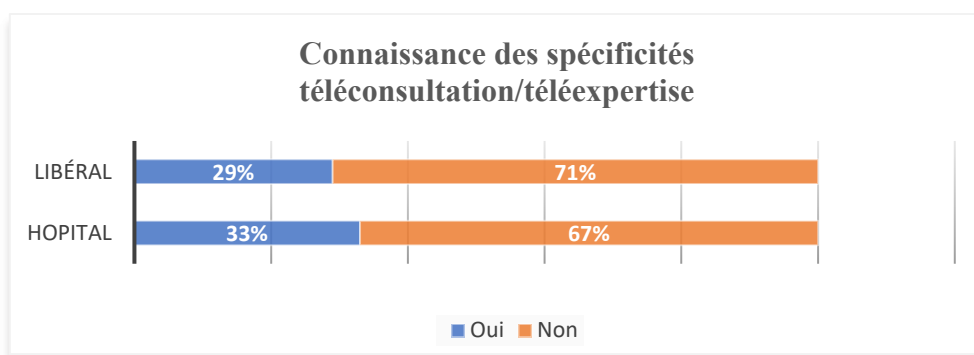


Figure 11. Connaissances des spécificités de la téléconsultation/téléexpertise en fonction du lieu d'exercice.

b) Analyse de l'utilisation de la téléconsultation/téléexpertise

Parmi les spécialistes exerçant à l'hôpital, la majorité a répondu qu'elle utilisait la téléexpertise (53%). 18% d'entre eux ont mentionné utiliser la téléexpertise et la téléconsultation.

Parmi les médecins libéraux, la majorité a répondu qu'elle utilisait la téléexpertise (55%). 36% d'entre eux ont mentionné n'utiliser que la téléconsultation (**tableau 6**).

Utilisation téléconsultation-téléexpertise	Médecins hospitaliers	Médecins libéraux
Aucune	2 (6%)	1 (9%)
Les deux	6 (18%)	0 (0%)
Téléexpertise	18 (53%)	6 (55%)
Téléconsultation	8 (23%)	4 (36%)

Tableau 6. Utilisation de la téléconsultation/téléexpertise en fonction du lieu d'exercice.

c) *Analyse des connaissances sur les tarifs de la téléexpertise.*

Pour la grande majorité des spécialistes, 87% des médecins hospitaliers ont répondu ne pas connaître ne pas connaître les tarifs applicables pour le médecin requis et pour le médecin requérant contre 80% chez les médecins libéraux. Il n'y a pas de différence statistiquement significative (p-value = 0,458).

2. **Comparaison en fonction de l'âge des spécialistes**

a) *Analyse des connaissances des spécificités sur la téléconsultation et téléexpertise*

Comme illustré à la **figure 12**, nous avons remarqué que plus les spécialistes étaient jeunes, moins ils connaissaient les spécificités de la téléconsultation et téléexpertise. En effet, 100% des moins de 30 ans ont répondu ne pas les connaître.

Nous pouvons mentionner le fait que ce sont les 50-59 ans qui ont le plus de connaissances avec un « oui » pour réponse pour 41% d'entre eux, 35% de « oui » pour les 40-49 ans et les plus de 60 ans et 29% pour les 30-39 ans. Cependant, il n'y aucune différence statistiquement significative (p=0,297).

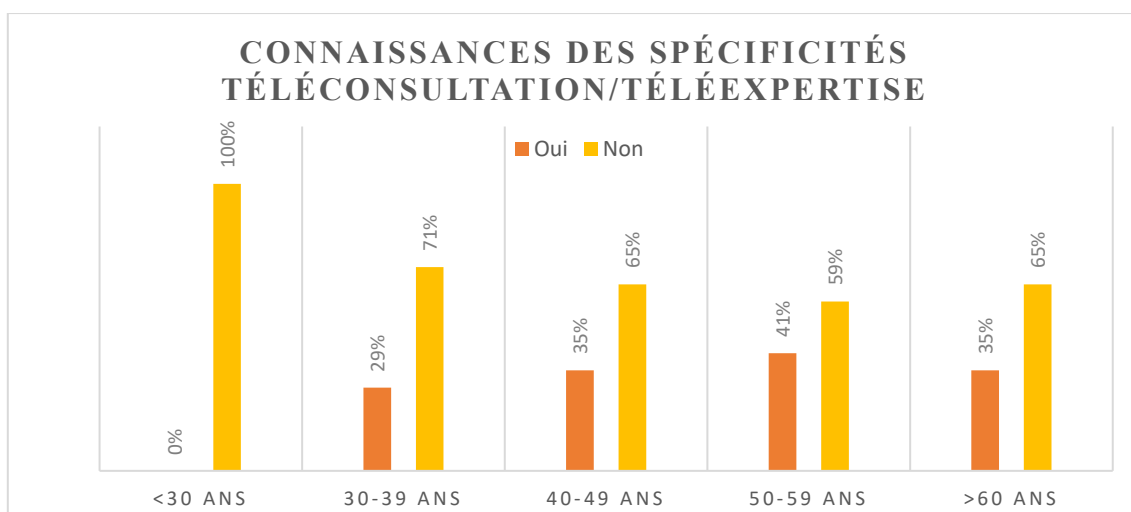


Figure 12. *Connaissances des spécificités de la téléconsultation/téléexpertise en fonction de l'âge.*

b) *Analyse de l'utilisation de la téléconsultation/téléexpertise*

Chez les spécialistes de moins de 30 ans, nous n'avons obtenu aucune réponse, ce qui montre qu'ils n'utilisaient ni la téléconsultation, ni la téléexpertise.

Pour les quatre autres groupes d'âge, nous mettons en évidence une baisse croissante de l'utilisation de la téléexpertise selon l'âge passant de 67% d'utilisation chez les 30-39 ans à 25% chez les plus de 60 ans.

Concernant la téléconsultation, la tendance s'inverse puisque chez les 30-39 ans, seulement 27% d'entre eux l'utilisaient, 20% chez les 40-49 ans, 14% chez les 50-59 ans, contre 50% chez les plus de 60 ans (**figure 13**). Encore une fois, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence ($p=0,116$).

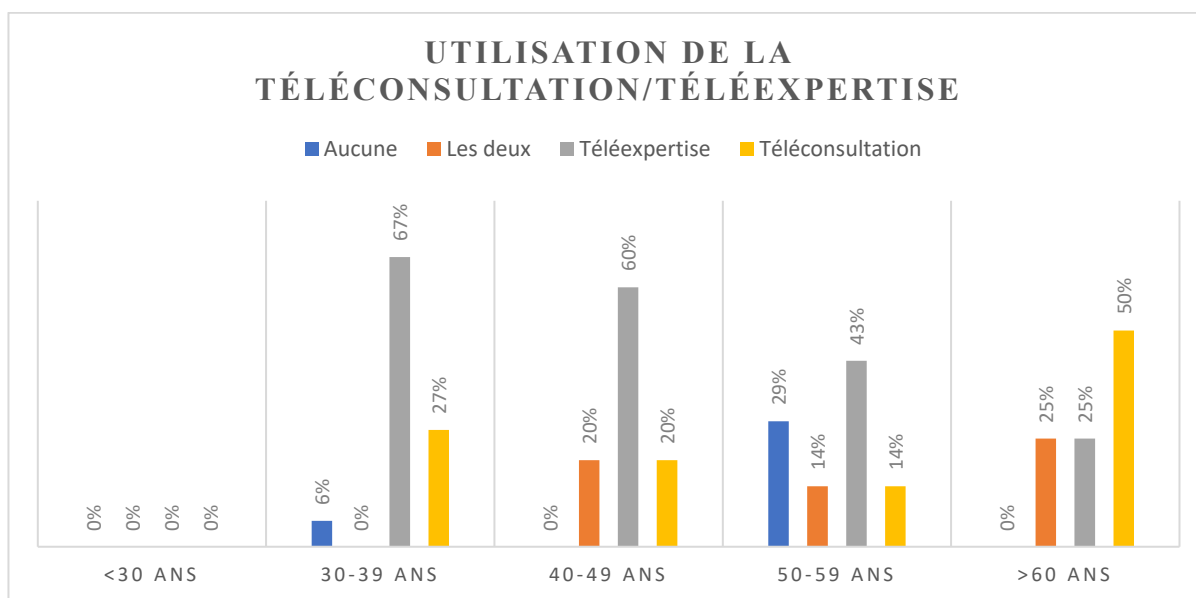


Figure 13. Utilisation de la téléconsultation/téléexpertise en fonction de l'âge.

c) Analyse des connaissances sur les tarifs de la téléexpertise

Chez les spécialistes de moins de 30 ans, aucun d'entre eux ne connaissait les tarifs applicables à la téléexpertise. 12% des 30-39 ans ont mentionné connaître ces tarifs, 22% chez les 40-49 ans. En revanche chez les 50-59 ans seulement 10% et chez les plus de 60 ans 17%. Nous ne mettons pas en évidence de différence statistiquement significative ($p = 0,486$).

D. Comparaison des principales spécialités avant répondu

Pour commencer cette sous-partie, nous avons pris les spécialités pour lesquelles l'effectif de répondant était supérieur à 10. De ce fait, nous avons obtenu les réponses des cardiologues, endocrinologues, HGE (hépatogastro-entérologues), néphrologues, orthopédistes, pneumologues et psychiatres.

1. Comparaison du lieu d'exercice des principales spécialités ayant répondu

Toute spécialité confondue, la majorité des médecins exerçait en milieu hospitalier, à l'exception des orthopédistes chez qui la distinction du milieu hospitalier/milieu libéral était moins nette puisque 7 d'entre eux exerçaient à l'hôpital contre 5 d'entre eux en libéral.

Concernant les néphrologues, aucun d'entre eux n'exerçait en milieu libéral (**tableau 7**). Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative ($p=0,073$).

Spécialité	Hôpital N= 77	Libéral N=18	P-value
Cardiologue	11 (14,3%)	3 (16,7%)	0,073
Endocrinologue	11 (14,3%)	2 (11,1%)	
HGE	11 (14,3%)	3 (16,7%)	
Néphrologue	13 (16,9%)	0 (0%)	
Orthopédiste	7 (9%)	5 (27,8%)	
Pneumologue	16 (20,8%)	1 (5,5%)	
Psychiatre	8 (10,4%)	4 (22,2%)	

Tableau 7. Analyse du lieu d'exercice en fonction de la spécialité.

2. Comparaison du moyen de communication préférentiel des principales spécialités ayant répondu

Pour chacune des spécialités, le moyen de communication préférentiel était le **téléphone (figure 14)**.

En revanche, pour les endocrinologues, nous avons vu qu'en seconde place, le mail et la téléexpertise étaient égaux à 31% pour être le meilleur moyen de communication. Chez les cardiologues, nous avons observé que la téléexpertise prenait toute sa place dans les échanges entre spécialistes et médecins généralistes puisque pour 37% d'entre eux cela semblait être le moyen de communication préférentiel. Pour les pneumologues et les orthopédistes, le mail restait un des moyens les plus pratiques devant la téléexpertise, pour 29% et 42% d'entre eux respectivement.

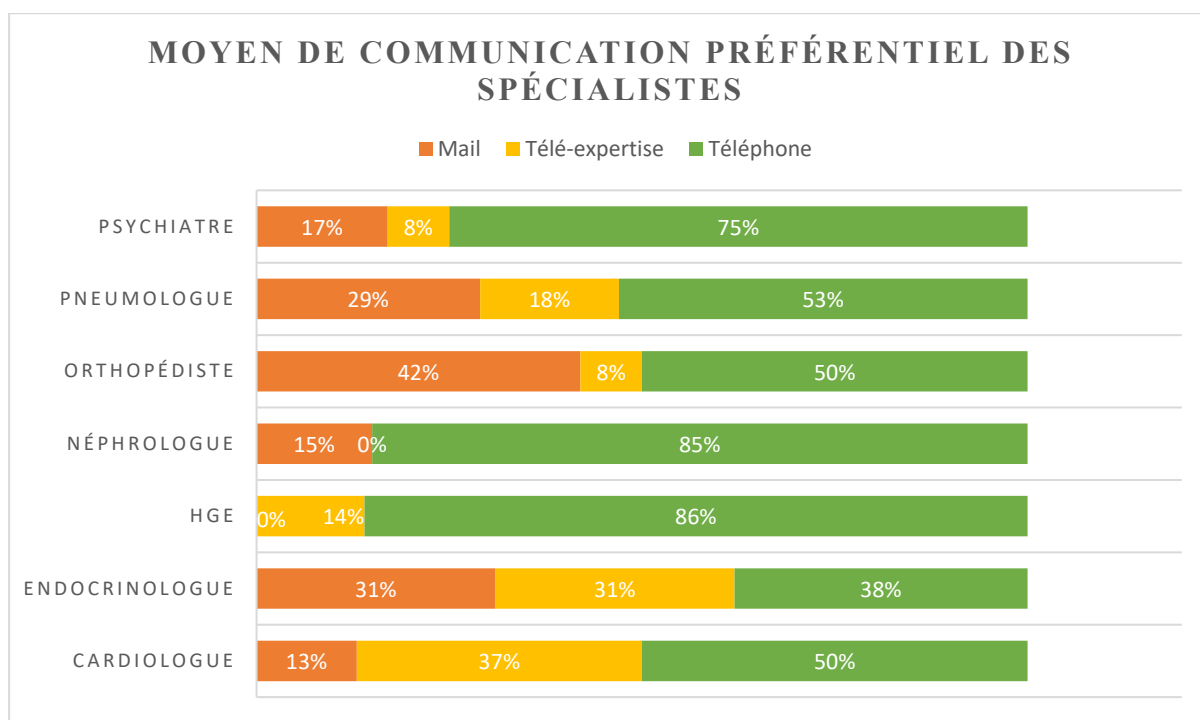


Figure 14. Analyse du moyen de communication préféré selon les spécialités.

3. Analyse des connaissances des spécificités de la téléconsultation et téléexpertise selon les spécialités ayant majoritairement répondu

Nous avons analysé les connaissances sur les spécificités de la téléconsultation et téléexpertise des différentes spécialités qui ont majoritairement répondu aux questionnaires (**tableau 8**).

L'ensemble des pneumologues et psychiatres ont répondu qu'ils connaissaient les spécificités. En revanche, tous les cardiologues, endocrinologues, hépato-gastro-entérologues et néphrologues ont répondu qu'ils n'avaient pas les connaissances pour distinguer ces deux pratiques de la télémédecine.

Les orthopédistes ont quant à eux répondu de manière égale, qu'ils connaissaient les spécificités pour 50% d'entre eux, ou inversement qu'ils ne connaissaient pas ces spécificités pour les 50% restants. Ces résultats ont montré une **différence statistiquement significative** ($p < 0,001$).

Spécialité	Non N=53	Oui N=34	P-value
Cardiologue	12 (22,6%)	0 (0%)	<0,001
Endocrinologue	11 (21%)	0 (0%)	
HGE	12 (22,6%)	0 (0%)	
Néphrologue	12 (22,6%)	0 (0%)	
Orthopédiste	6 (11,2%)	6 (17,7%)	
Pneumologue	0 (0%)	16 (47%)	
Psychiatre	0 (0%)	12 (35,3%)	

Tableau 8. Analyse des connaissances des spécificités de la téléconsultation/téléexpertise en fonction des spécialités ayant majoritairement répondu.

IV. DISCUSSION

A. Interprétation et discussion des résultats

1. Les moyens de communication utilisés par les médecins généralistes pour contacter leurs confrères spécialistes

Nous avons observé que la majorité des spécialistes étaient sollicités moins de 5 fois par jour par leur confrères médecins généralistes. Toutefois, si nous considérons ne serait-ce qu'un à deux avis par jour, cela représente vite une demande conséquente. A défaut de pouvoir être regroupés dans le cadre d'une consultation dédiée pour plusieurs avis, les spécialistes sont sollicités quotidiennement, sans compter les services d'hospitalisations annexes et autres spécialités qui peuvent également avoir recours à un avis spécialisé. Ce travail de thèse montre bien que les médecins généralistes peuvent avoir besoin des spécialistes quotidiennement, et que cela représente une contrainte pour les spécialistes sollicités en permanence.

Par ailleurs, le moyen de communication préférentiel demeure l'appel téléphonique, indépendamment de l'âge et de l'exercice de chaque praticien. Ceci est intéressant à noter pour notre discussion car il s'agit d'un moyen rapide, pratique, consensuel et plébiscité. En revanche l'appel téléphonique n'est pas toujours des plus adapté pour le médecin qui se trouve face à son patient. L'entretien avec le spécialiste sera fatalement différent du fait de la présence d'une tierce personne (le patient), qui plus est lorsqu'elle se trouve être la principale intéressée, source de discussions sensibles, comme évoquer une pathologie grave voire létale. Ce qui montre une fois de plus l'intérêt d'avoir des plages rapides et programmées pour les avis.

D'autant plus que dans l'urgence, le téléphone s'avère plus efficace que le mail, bien que les services d'astreintes téléphoniques puissent être parfois très difficiles à joindre, notamment pour le médecin généraliste, externe à la structure. Dans nos questionnaires analysés, un endocrinologue a répondu préférer employer le mail ou la téléexpertise pour des avis rapides en dehors de l'urgence vitale. Son délai de réponse était hebdomadaire avec une possibilité d'hospitalisation si nécessaire. La téléexpertise permet une réflexion plus approfondie sur un dossier complexe et permet de s'affranchir de différents paramètres parasites comme l'interruption de tâche ou un avis d'un caractère plus urgent à prodiguer. A noter qu'à l'avenir, chaque avis téléphonique pourrait être remplacé par un avis via la télémédecine, ce qui permettrait de valoriser le travail des spécialistes et des médecins généralistes. Nous avons porté notre étude sur les avis semi urgents afin d'étudier la faisabilité de la mise en place d'un temps

dédié, notamment via la télémedecine, puisque ces derniers ne nécessitent pas forcément une réponse dans la journée, mais dans la semaine idéalement.

Dans diverses études, notamment à l'étranger, la communication entre spécialiste et médecin généraliste est un élément clef afin de faciliter la prise en charge du patient. En effet, une étude qualitative aux Etats-Unis en 2018 interrogeait des médecins généralistes, des patients et des endocrinologues. Celle-ci examinait les facteurs déterminants du succès de la coordination des soins spécialisés du diabète, afin d'identifier les opportunités d'améliorer la coordination. Les éléments importants pour une coordination réussie entre les trois sont principalement : une communication interpersonnelle et un transfert de données clairs, détaillés et précis, motivant une relation positive et respectueuse entre les praticiens. Les praticiens sont en accord sur le fait qu'une communication directe (qu'elle soit par téléphone ou téléconsultation) facilite la prise en charge, le dossier médical partagé (DMP) étant souvent peu suffisant, égarant plutôt les informations essentielles lorsqu'il s'agit d'un dossier compliqué.

En revanche, les endocrinologues ont mentionné que même si le DMP était rempli correctement avec les informations pertinentes et les attentes concernant le rôle du consultant, il était insuffisant pour transmettre la complexité du dossier et l'urgence nécessaire à la coordination. La discussion suggérait de mettre en place des appels horaires et annuaires téléphoniques pour renforcer cette relation entre médecins généralistes et endocrinologues (14). Encore une fois, cela suggère que pour une prise en charge optimale, il existe un besoin d'un contact direct avec des explications de la part du médecin généraliste sur le dossier de son patient, et une écoute attentive et posée de la part du spécialiste. Ce serait tout l'intérêt de développer un service de télémedecine d'au moins une fois par semaine, pour permettre ces discussions construites et nécessaires à l'avancée du dossier du patient.

D'ailleurs, en France, le développement du DMP a été remplacé par Mon espace santé en 2021 et ce dernier est loin d'être encore au point. Certains logiciels ne permettent pas encore l'envoi des données vers le DMP, et malheureusement ce dernier ne peut pas être accessible partout et par tous les praticiens, ce qui limite fortement la transmission de données entre les professionnels de santé.

Une étude qualitative a été réalisée en France en 2017, pour montrer les représentations des médecins généralistes concernant la télémedecine en Lorraine, zone qualifiée de déficitaire en offre de soins. L'introduction de l'étude fait référence au retard de la France par rapport aux pays anglo-saxons et scandinaves, puisque la téléconsultation se trouve d'ores et déjà intégrée dans leur pratique depuis plus d'une vingtaine d'années. L'étude montre ensuite que certains

médecins généralistes ont mentionné un risque majeur de perte d'information ou de sous diagnostic du fait de l'absence de contact direct entre le médecin et le patient. Ces médecins généralistes avaient le sentiment de déshumanisation, en décrivant la perte d'interaction avec les médecins spécialistes, ce qui pourrait constituer un potentiel biais et une source d'erreur au vu de la distance. Cependant, d'autres de leurs confrères ont souligné que la télémedecine était une solution à envisager pour obtenir des délais de rendez-vous plus rapides étant donné le faible nombre de spécialistes dans certains territoires. Les spécialités qui pouvaient s'y prêter le plus étaient la dermatologie, la neurologie ainsi que la psychiatrie (15).

Une revue de la littérature en 2016 concernant la télédermatologie a permis de mettre en avant plusieurs avantages. Premièrement le fait qu'elle pourrait être utilisée pour former les nouveaux dermatologues en validant la formation médicale continue. Dans un second temps, elle pourrait également avoir un intérêt pour le suivi des plaies, plainte très fréquemment rencontrée en médecine générale, et permettrait de limiter les consultations ainsi que des visites hospitalières dispensables. En revanche, l'utilisation de la télédermatologie nécessite un système sécurisé pour limiter les risques médico juridiques, et l'installation d'un matériel adapté (16). Une étude en 2023 a constaté que l'utilisation de la télédermatoscopie était au moins aussi efficace en termes de délais que le parcours standard vers une clinique hospitalière bien organisée et spécialisée dans les cancers cutanés. Cependant, le principal frein à son utilisation en médecine générale est le manque de formation (17–19). Il serait intéressant de proposer cette formation aux médecins généralistes afin de pouvoir développer cette pratique.

Aux Pays-Bas, une étude en 2021 a montré que via une application de santé, les médecins généralistes pouvaient consulter des médecins spécialistes, notamment des psychiatres, en soumettant des cas de patients anonymisés avec une ou plusieurs questions spécifiques auxquelles ils souhaitent obtenir une réponse. Cette consultation se déroule de manière asynchrone, c'est-à-dire que les spécialistes peuvent répondre aux questions posées à un moment qui leur convient, plutôt que de répondre à un appel téléphonique (20).

2. Existence d'un temps dédié aux avis spécialisés

Ceci nous amène à discuter de la mise en place d'un temps dédié aux avis dans la pratique quotidienne des spécialistes.

Seuls 17% des médecins libéraux avaient un temps dédié pour leurs confrères. Cela

s'explique peut-être par le fait qu'ils soient seuls dans leur cabinet avec des journées remplies de consultations, ce qui limite en effet le temps disponible pour répondre aux avis. Les médecins hospitaliers ont quant à eux peut être plus de temps puisque 30% d'entre eux ont un temps dédié, ce qui peut s'expliquer par les services d'astreintes téléphoniques mis en place et le fait qu'ils soient plusieurs au sein d'une même spécialité permettant un système de roulement. Cependant, 30% reste un pourcentage peu élevé, en supposant que cela dépende de la taille de l'hôpital et du nombre de médecins disponibles par spécialité ; les périphéries étant de plus petites structures avec moins de moyens qu'au CHU par exemple. Il est donc important de rappeler que dans nos questionnaires analysés, un certain nombre de médecins n'exerçaient pas au CHU mais en périphérie.

Nous avons remarqué que plus les spécialistes sont jeunes, plus ils ont mentionné l'existence d'un temps dédié pour répondre à la sollicitation de leurs confrères. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes médecins ont moins de responsabilités au sein de leur structure, voire moins de consultations programmées, ce qui les rend plus joignables.

Dans les questionnaires reçus et analysés, plusieurs commentaires libres étaient dédiés à cette interrogation sur la mise en place d'un temps dédié ou non dans la pratique courante. En recoupant les différents commentaires obtenus, l'argument qui ressortait le plus souvent pour ne pas avoir de temps dédié était celui d'un effectif médical pas assez important. Un dermatologue a mentionné le fait que dans d'autres centres à proximité, le fait d'avoir un effectif plus important notamment plus d'assistants et d'internes permettait la mise en place d'un temps pour de la télémedecine. En effet, une étude réalisée en Australie en 2020 a montré que la télédermatologie avait un réel avantage pour les patients en zones éloignées et rurales, puisqu'elle permettait de faire le diagnostic de beaucoup de maladies dermatologiques sans avoir besoin d'avoir recours directement aux dermatologues via une consultation. Ce qui permet un gain de temps dans la prise en charge du patient (21). Il serait intéressant d'observer l'impact qu'aurait la télémedecine dans ce domaine sur notre territoire qui regorge de déserts médicaux et où l'accès aux dermatologues est de plus en plus compliqué.

D'autres spécialistes ont fait mention du manque d'utilité d'un temps dédié aux avis car leur spécialité ne s'y prêtait pas, par manque de demande ou parce que les demandes étaient trop aléatoires, par exemple :

- « Demandes exceptionnelles »
- « Pas nécessaire car variable selon les semaines »

- « Notre spécialité ORL requiert un examen clinique difficilement réalisable en téléconsultation. Expérience peu satisfaisante pendant le covid car examen très limité ».

Une étude réalisée au Royaume Uni en 2002 avait pour but d'évaluer l'efficacité des téléconsultations par rapport aux consultations ambulatoires standards dans diverses spécialités en milieu urbain et rural. L'effet de la téléconsultation sur la diminution du nombre de tests et d'investigations a été particulièrement observé en gastro-entérologie. Cependant, la sensibilisation virtuelle a augmenté le nombre de visites ambulatoires réelles en orthopédie. Cette étude a permis de montrer que la capacité des médecins généralistes et des consultants à examiner leurs patients ensemble entraînait une meilleure communication, conduisant à une prise en charge plus efficace et à moins de patients invités à revenir en consultation ambulatoire pour un examen ultérieur. La téléconsultation serait plus adaptée aux pays à population rurale dispersée, permettant aussi aux cliniciens participants d'être plus efficaces dans la réalisation d'investigations, probablement en évitant les duplications d'examens puisque le médecin généraliste peut donner les informations médicales et les examens réalisés récemment au spécialiste. Cependant, cette étude montre également que la télémédecine est moins adaptée à certaines spécialités telles que l'orthopédie et l'ORL (22).

Une autre étude réalisée à Londres en 2004, avait pour but de comparer les téléconsultations conjointes entre médecins généralistes, spécialistes et patients, et les consultations en ambulatoire standard. Il s'agissait d'un essai contrôlé randomisé, avec un suivi de plus de 6 mois après la consultation. Cela a montré que la téléconsultation entraînait une diminution du nombre de tests et d'investigations en gastro-entérologie, mais une augmentation du nombre de consultations de suivi ambulatoire en orthopédie notamment. Les patients étaient satisfaits de la téléconsultation comparativement aux consultations ambulatoires. (23). Nous pouvons en déduire que l'efficacité de la téléconsultation est spécialité dépendant, et que l'utilisation de la télémédecine est plutôt adaptée aux spécialités médicales, ce qui représente la majorité des avis sollicités par les médecins généralistes.

D'autres spécialistes en revanche ont mentionné que la mise en place d'un temps dédié avait peu d'intérêt puisque l'organisation de leur service intégrait déjà un système de réponses rapides sans forcément être un temps « dédié » en soit, par exemple :

- « Téléphone d'avis disponible tous les jours en journée sans temps dédié en particulier »
- « Je suis disponible pour eux dans l'heure »

- « Les collègues appellent pour avoir une réponse rapide : avis, demande d'hospitalisations directe, demande de rendez-vous rapide en consultation. Je pense que programmer des créneaux dédiés ne répondra pas à la demande. »
- « Ligne dédiée pour avis médecine interne pour les médecins généralistes accessible de 9h-18H en semaine. Médecin interniste joignable par le standard en dehors de ces horaires si très urgent »

Il aurait été intéressant d'avoir le ressenti de ces spécialistes concernant ce temps disponible 24H/24. En effet, un d'entre eux a mentionné que le fonctionnement du CHU impliquait un téléphone d'avis confié à l'interne, puis un avis séniorisé si besoin qui constituait une perte de temps, mais qui permettait de former l'interne. De plus, concernant les téléphones d'avis, il se peut que le médecin généraliste appelle en dehors des horaires ouvrables, ce qui signifie qu'il n'a tout simplement plus de possibilité d'avoir un avis ou alors que celui-ci n'est pas assez « urgent » pour pouvoir avoir le spécialiste au téléphone.

Un endocrinologue a tout de même mentionné avoir un temps dédié, mais que ce temps était déjà saturé avec comme principal problème le volume des demandes et la pertinence des demandes d'avis des médecins généralistes et autres médecins, où il est nécessaire de réexpliquer le rôle du médecin généraliste et du spécialiste dans le parcours de soins. Ce spécialiste serait favorable à l'utilisation de la téléexpertise et attendrait le déploiement d'Omnidoc dans son centre hospitalier pour permettre une meilleure communication avec les médecins généralistes. Omnidoc est une solution de téléexpertise à destination des professionnels de santé et des organisations médicales qui souhaitent améliorer, sécuriser et valoriser les avis échangés. Le centre hospitalier de Vannes utilise justement ce service depuis 2020, une endocrinologue du service mentionne qu'ils ont toujours fait des téléexpertises mais avec des outils inadaptés comme le fax, le mail, le téléphone. Pour le fax, c'était très succinct ce qui nécessitait de rappeler les médecins généralistes pour avoir l'ensemble des informations, donc une perte de temps. Pour le téléphone, cela signifiait être interrompu pendant leurs consultations. Avant le déploiement d'Omnidoc, cette activité n'était pas rémunérée, prenait beaucoup de temps et perturbait les tâches quotidiennes. De plus, le téléphone manquait de traçabilité, de partage et de sécurisation des données. Ce service de téléexpertise a permis aux endocrinologues de donner une réponse diagnostique ou thérapeutique et une conduite à tenir en attendant une consultation. De plus, juste pour ce service d'endocrinologie, ils sont arrivés à environ 80 téléexpertises par mois, ce qui constitue un revenu annuel de 20 000€ pour l'hôpital (24). Ceci constitue un réel gain de temps pour les médecins généralistes et les spécialistes, et permet une valorisation du travail de chacun tout en permettant un bénéfice pour l'hôpital et

une rémunération pour le médecin libéral. Actuellement, nous pouvons mentionner le fait qu'une forme de télémédecine réside déjà dans des groupes sur des réseaux sociaux (type WhatsApp®) où de nombreuses questions sont posées, avec un échange parfois limité, non sécurisé et avec des réponses pas toujours correctes.

Pour 13,2% des médecins, il ne serait pas envisageable de mettre en place un temps dédié car ils n'ont pas le matériel adapté pour développer un service de télémédecine.

Une étude réalisée en 2017 en France avait pour but d'enquêter sur les appels téléphoniques entrant dans un service d'oncologie. Cette dernière a permis de montrer une augmentation régulière des demandes formulées par téléphone ou mail, provenant aussi bien des patients, leurs familles ou des professionnels de santé de proximité, notamment avec le développement des antinéoplasiques oraux. Les motifs d'appels les plus fréquents concernaient les effets indésirables et des questions non urgentes entraînant une désorganisation du travail des oncologues, qui étaient obligés d'interrompre leur activité en cours. De plus, les appels téléphoniques constituaient une source d'erreur dans le traitement de l'information puisque les spécialistes avaient des difficultés voire l'impossibilité d'accéder au dossier médical, des difficultés à apprécier la gravité de la situation, ou l'urgence en cas d'effet indésirable. Les oncologues ont mentionné le fait que ces sollicitations étaient chronophages (25). Ceci semble tout à fait extrapolable à d'autres spécialités très sollicitées par les médecins généralistes.

Une autre étude en 2021 au Danemark étudiait la communication entre médecin généraliste, oncologue et patient au cours d'une téléconsultation. En effet, pour la prise en charge de leurs patients, les médecins généralistes décrivaient se sentir insuffisamment informés par les spécialistes et se retrouvaient avec un rôle mal défini. Plusieurs études ont souligné la volonté des médecins généralistes de prodiguer des soins contre le cancer, mais leur confiance professionnelle varie en fonction du niveau d'information et de clarification du rôle défini par l'oncologue (25-26). La téléconsultation serait un outil positif qui permettrait de favoriser la relation entre le patient et le médecin généraliste, le patient et l'oncologue ainsi qu'entre les deux prestataires de soins (26). Celle-ci pourrait s'organiser sous forme de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin que le patient ainsi que le médecin généraliste puissent poser leurs différentes questions au spécialiste, et que ce dernier puisse communiquer les résultats des différents examens qu'il a demandé. Ceci permettrait un échange constructif et la mise en place de téléconsultations de suivi. Une étude à Londres en 1996 concluait que l'ensemble des participants (médecin généraliste, spécialiste, patient) était satisfait de la

téléconsultation et que cette dernière pourrait être réalisable à hauteur de 3 fois par semaine pour le médecin généraliste, sans créer de problème logistique quant à la disponibilité de chacun (27).

L'intérêt d'avoir un temps dédié pour répondre à ces questions semi-urgentes pourrait être d'éviter d'interrompre le spécialiste dans ses activités potentiellement urgentes, notamment pour les spécialités intégrant un secteur de soins critiques ou de la médecine interventionnelle. Cela pourrait être une manière de limiter les erreurs en ayant accès au dossier médical du patient concerné, et pouvoir discuter directement avec le professionnel de santé qui sollicite l'avis, et le patient pourrait également prendre part à la discussion en décrivant ses symptômes, les éventuels effets secondaires des thérapeutiques mises en place comme les antinéoplasiques. Cela permettrait aussi de favoriser une relation entre professionnels de santé et entre le patient et les praticiens.

3. Discussion sur la téléconsultation et téléexpertise

Nos résultats montrent que l'ensemble des spécialistes, peu importe leur âge, ne connaissaient pas les tarifs applicables concernant la téléexpertise, que ce soit pour le médecin requérant comme pour le médecin requis.

Toutefois, concernant l'utilisation de ces deux pratiques, nous avons observé des différences en fonction de l'âge bien qu'elles soient non significatives. Les moins de 30 ans n'en utilisaient aucune. Nous avons remarqué une baisse de l'utilisation de la téléexpertise en fonction de l'âge croissant. En revanche, il est intéressant de notifier que les 30-39 ans utilisaient peu la téléconsultation (27% d'entre eux), alors que les plus de 60 ans l'utilisaient à hauteur de 50% d'entre eux. En effet, nous avons émis l'hypothèse que les plus jeunes ont moins d'expérience, moins de pratique et ne sont pas forcément à l'aise pour gérer ça, en sachant que tout ne peut pas se faire en distanciel. Effectivement, les jeunes médecins ont pour la plupart une patientèle jeune, pas encore connue, et qui nécessite un suivi régulier afin de connaître leurs patients chroniques. Le fait de devoir encore apprendre à connaître les dossiers de leurs patients ne leur permet pas d'avoir le recul nécessaire pour faire un renouvellement de traitement à distance. De plus, il paraît plus difficile de reprendre certains dossiers de patients chroniques de longues dates chez qui la prise en charge n'était pas optimale.

De plus, en analysant les principales spécialités ayant répondu, nous avons pu mettre en évidence que l'ensemble des pneumologues et psychiatres avaient connaissance des spécificités de ces deux pratiques de la télémédecine. Nous avons émis l'hypothèse que c'était en parti dû aux patients qu'ils voyaient. En effet, les pneumologues voient des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil ou des asthmatiques dans le cadre de leur suivi annuel, qui ne nécessitent pas d'être examinés à chaque fois s'ils sont équilibrés, pouvant justifier une téléconsultation avec l'évaluation du débit expiratoire de pointe par exemple. La téléconsultation pourrait également être intéressante concernant le suivi des antinéoplasiques oraux avec consultation de la biologie et évaluation des symptômes en téléconsultation. Pour les psychiatres, ils voient des patients présentant généralement des troubles anxieux généralisés, phobiques ou des syndromes dépressifs qui sont responsables d'une clinophilie, qui sur le même principe vont limiter leurs interactions avec l'environnement extérieur, et vont avoir un attrait pour la téléconsultation leur permettant de rester chez eux (28).

Nous avons eu plusieurs commentaires libres faisant mention que connaître les spécificités de la téléconsultation et téléexpertise ne signifiait pas qu'ils les utilisaient. De ce fait, nous pouvons émettre l'hypothèse que nos chiffres concernant leur utilisation sont biaisés, puisque la question se référant à l'utilisation était sujette à un biais d'interprétation.

Néanmoins, la télémédecine suscite tout de même des points négatifs que plusieurs études de 2017 à 2020 ont rapporté. En effet, cela constituerait une source de travail supplémentaire pour les médecins généralistes car cela impliquerait qu'ils se munissent du matériel adapté (webcam, microphone), qu'ils allongent la durée de consultation pour vérifier la bonne compréhension du patient des explications du spécialiste. Il faudrait également que ce système de télémédecine soit fiable, sécurisé et fonctionne à chaque fois, ce qui n'est pas toujours le cas (15-16).

Cependant, ces mêmes études ont montré l'impact éducatif qu'aurait la télémédecine sur la formation des médecins généralistes. Une étude en 2010 en Angleterre a étudié la télécardiologie avec interprétation à distance des ECG. L'interprétation experte a montré un gain de temps et d'argent concernant les prises en charge des patients cardiaques, et une responsabilisation des médecins généralistes, qui restent maîtres de la prise en charge de leurs patients (29). Le fait de réaliser des téléconsultations avec le spécialiste permet l'acquisition de nouvelles connaissances puisqu'elles impliquent la réalisation de différents actes de la part du médecin généraliste, au centre de la prise en charge (30). Cela pourrait constituer un moyen

d'aborder les spécialistes de sa région lorsque l'on est nouveau médecin installé sans forcément avoir son propre réseau. Enfin, le fait de passer par un système sécurisé permettrait de documenter les dossiers des patients avec les commentaires du spécialiste, qui auparavant étaient souvent obtenus de manière informelle, ce qui est typiquement le cas par téléphone (31–35).

Un dernier point important à soulever concerne le développement de la téléconsultation en gériatrie. En effet, diverses études de 2019 à 2022 ont été réalisées sur ce sujet (36–39). Elles ont prouvé que la téléconsultation de gériatrie permettait un accès rapide et facilité à un avis spécialisé et à la filière gériatrique hospitalière, par conséquent facilitant les hospitalisations directes en court séjour gériatrique. Pour les personnes âgées vivant en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les téléconsultations permettaient d'éviter des hospitalisations inadaptées ou des passages aux urgences, sources de perturbations du quotidien de personnes considérées comme fragiles et à risque de complication. Les EHPAD étant des structures bien souvent limitées en personnel médical, les infirmières jouaient un rôle primordial dans l'accès à ce service de télégériatrie. Cela leur permettait l'acquisition de compétences et contribuait à une plus grande autonomie. Néanmoins, malgré leur reconnaissance du rôle de représentant du médecin lors des téléconsultations, l'incertitude quant à la réalisation de l'évaluation physique et à la transmission de leurs conclusions était évidente. Les infirmières percevaient des difficultés à faciliter les conversations entre médecin et résident en raison de barrières linguistiques ou techniques. Pour pallier ce ressenti, il serait envisageable de mettre en place la télégériatrie en impliquant à la fois l'infirmière présente quotidiennement, le médecin généraliste et le spécialiste pour répondre aux besoins que présente le patient âgé afin d'éviter tout déplacement inutile à l'hôpital.

B. Intérêt, limites et biais de l'étude

1. Intérêts de l'étude

Parmi les forces de notre étude, nous pouvons mentionner le fait que celle-ci portait sur la relation entre professionnels de santé et la façon dont ces derniers communiquent pour échanger leur avis. En effet, il s'agit d'un sujet d'actualité qui suscite beaucoup de questionnements notamment sur la façon dont les spécialistes peuvent fournir un avis rapide, clair et concis. La plupart des travaux déjà réalisés sur le sujet interrogeait les médecins généralistes et non les spécialistes. De plus, la façon dont nous avons choisi de traiter le sujet rend unique notre étude, nous avons tenté de réaliser un répertoire des moyens de communications préférentiels existants, ce qui en fait une étude pionnière dans le domaine, qui bien qu'elle manque de puissance a un véritable potentiel de développement pour l'avenir, et qui peut répondre à certaines contraintes rencontrées actuellement en médecine générale. Cela constitue une première étape qui ouvre vers un changement de pratique et qui permet d'inclure de nouveaux outils ; toutefois cela nécessite un réel changement d'organisation et de paradigme.

A travers notre travail de recherche, nous avons pu mettre en avant les avantages et l'intérêt que certaines spécialités, telles que l'endocrinologie ou la dermatologie, portaient à la téléexpertise et téléconsultation. Après avoir interrogé un échantillon très large de spécialistes, ce travail montre que la télémédecine aurait un impact positif sur la pratique quotidienne, en permettant de raccourcir les délais de consultation et d'optimiser le temps de travail des spécialistes puisque ces derniers rapportent le caractère chronophage du temps dédié aux avis. Malgré le manque de puissance de notre étude, nous pouvons supposer que l'organisation du temps de travail intégrant des demies journées dédiées à la télémédecine pourrait avoir un intérêt que ce soit pour les spécialistes comme pour les médecins généralistes.

2. Les limites et biais de l'étude

a) Limite de l'échantillonnage

Nous avons constitué notre échantillon en recueillant des adresses numériques après appels de secrétariats, médecins référencés sur les « pages jaunes », « annuaire AMÉLIE », « Doctolib ». De ce fait, un certain nombre des spécialistes n'ont pas pu être contactés, ce qui constitue un biais de sélection majeur et ce qui entraîne un manque de puissance de l'étude.

De plus, parmi les réponses obtenues, nous avons dû en exclure 9 entraînant encore une diminution de la puissance de l'étude. Notre taux de réponse correspondait à un petit effectif de

la population étudiée : sur les 535 mails envoyés, seulement 180 réponses soit 33,6% ont été reçues. Le nombre de réponses nécessaires était de 235 pour que nos résultats soient significatifs. Ceci ne nous permet donc pas d'extrapoler à la population médicale de la Somme de par le manque de puissance.

b) Limite de l'outil (questionnaire)

Le recueil des données était basé sur la déclaration, entraînant donc un biais d'information : les médecins n'ont pas forcément rempli les questionnaires de manière totalement objective. Les questions étaient plutôt générales pour limiter ce biais.

De plus, après analyse des réponses obtenues, il apparaît que certaines questions pouvaient être sujettes à un biais d'interprétation malgré des tests effectués en diffusion restreinte avant l'envoi généralisé du questionnaire. Mais également, à un biais de mesure comme à la question 14 qui n'était pas optimale et qui aurait dû mentionner « quelle pratique utiliseriez-vous ? ».

c) Limite par rapport au choix de l'étude

Il s'agit d'une étude de faible niveau de preuve scientifique.

V. CONCLUSION

La communication entre les professionnels de santé, notamment entre les médecins, a évolué depuis quelques années, d'abord avec l'émergence du DMP qui implique une informatisation du dossier médical du patient pour permettre de meilleurs échanges d'informations. Cependant, nous constatons que la transmission d'informations reste précaire et que les échanges entre médecins généralistes et spécialistes restent difficiles. Pourtant les médecins généralistes ont un besoin quotidien de l'avis de leurs confrères afin d'optimiser la prise en charge de leurs patients. A l'heure actuelle, le moyen de communication le plus utilisé et préféré reste le téléphone, mais ce dernier ne permet pas un échange de qualité notamment pour discuter des dossiers complexes, ainsi que pour évaluer le degré d'urgence. Il aurait même un impact négatif sur la qualité de travail des spécialistes du fait du risque d'interruption de tâche omniprésent au cours de la journée pouvant être source d'erreurs.

Depuis quelques années, nous avons observé l'émergence de la télémédecine. Pour autant, cette dernière n'est pas encore développée à l'échelle nationale. Actuellement, une forme de télémédecine réside déjà via les réseaux sociaux tel que WhatsApp®, ne permettant pas un échange sécurisé. Le développement de la télémédecine nécessite la mise en place de matériel adapté avec des logiciels sécurisés pour garantir la protection des données, mais aussi un renforcement des équipes médicales pour aménager du temps consacré à cette pratique. A travers notre étude nous avons pu mettre en avant les avantages que la télémédecine pourrait apporter, notamment sur le gain de temps des prises en charge des patients, sur la relation médecin généraliste-spécialiste-patient, et ainsi permettre une valorisation du travail des médecins participant à cet acte. De plus, cela pourrait servir à la formation médicale continue pour les médecins généralistes en apprenant de leurs pairs des prises en charge dont ils n'ont pas l'habitude au cabinet. Cela pourrait également éviter des hospitalisations et déplacements jugés inadaptés aux situations rencontrées.

A l'avenir, nous pourrions imaginer le développement de plages de temps dédié aux avis, programmées sous forme de demies journées pour les spécialistes. Ceci permettrait d'optimiser le temps de travail des spécialistes et des médecins généralistes, tout en permettant une formation continue, un échange direct entre les médecins et leurs patients, ainsi qu'une rémunération qui pourrait être utile au développement du service concerné. Cela permettrait

également de libérer les lignes téléphoniques déjà mises en place pour les avis réellement urgents et éviter ainsi un encombrement de ces lignes.

Il serait donc intéressant de réaliser un autre travail de recherche avec une étude interventionnelle permettant le développement d'un site pilote pour évaluer le fonctionnement d'un service de télémédecine. Pourquoi pas envisager de créer une plateforme de télémédecine nationale, ce qui permettrait d'étudier une population plus large et ainsi entrevoir si son développement sur le long terme serait envisageable.

VI. **BIBLIOGRAPHIE**

1. Weber JC. Evolutions de la relation Médecin-malade. In: Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales [En ligne]. Presses Universitaires de Strasbourg ; 2003 [consulté le 20 janv 2024]. p. 23-38, 2003, 2868202306. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03157172>
2. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med.* mai 1999;14(5):281-6.
3. Wrenn K, Catschegn S, Cruz M, Gleason N, Gonzales R. Analysis of an electronic consultation program at an academic medical centre: Primary care provider questions, specialist responses, and primary care provider actions. *J Telemed Telecare.* févr 2017;23(2):217-24.
4. Rivière Q. Transmission d'information entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes de la Somme dans le cadre du suivi ambulatoire des patients (consultation): analyse descriptive des pratiques et opinion des protagonistes sur la qualité de cet échange. Thèse d'exercice de médecine générale. Université d'Amiens. UFR de Médecine. 2016.
5. Lizama N, Johnson CE, Ghosh M, Garg N, Emery JD, Saunders C. Keeping primary care “in the loop”: General practitioners want better communication with specialists and hospitals when caring for people diagnosed with cancer. *Asia Pac J Clin Oncol.* juin 2015;11(2):152-9.
6. Peeters K, Giroldi E, Veldhuizen L, Abdelaziz K, Muris D, Cals J. General Practitioner Use of e-Consultation to Consult Hospital Specialists: Interview Study to Obtain Physician’s Perceptions About Digital Interprofessional Communication. *J Med Internet Res.* 28 mars 2023;25:e40318.
7. Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Fam Pract.* déc 2020;21(1):54.
8. Liddy C, Afkham A, Drosinis P, Joschko J, Keely E. Impact of and Satisfaction with a New eConsult Service: A Mixed Methods Study of Primary Care Providers. *J Am Board Fam Med.* 1 mai 2015;28(3):394-403.
9. Liddy C, Drosinis P, Keely E. Electronic consultation systems: worldwide prevalence and their impact on patient care—a systematic review. *Fam Pract.* juin 2016;33(3):274-85.

10. HAS - Haute Autorité de Santé - fiche memo téléconsultation et téléexpertise mise en œuvre [En ligne]. Publiée en 2019. [Consulté le 4 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
11. AMELIE [En ligne] - Téléconsultation. [Consulté le 3 mai 2024]. Mis à jour en mars 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/somme/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>
12. Courtney E, Blackburn D, Reuber M. Neurologists' perceptions of utilising tele-neurology to practice remotely during the COVID-19 pandemic. *Patient Educ Couns.* mars 2021;104(3):452-9.
13. HAS _ Haute Autorité de Santé - Rapport evaluation télésurveillance [En ligne]. [Consulté le 18 oct 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_evaluation_telesurveillance.pdf
14. Vimalananda VG, Dvorin K, Fincke BG, Tardiff N, Bokhour BG. Patient, Primary Care Provider, and Specialist Perspectives on Specialty Care Coordination in an Integrated Health Care System. *J Ambulatory Care Manage.* janv 2018;41(1):15-24.
15. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin JM. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Santé Publique.* 2016;28(4):487-97.
16. Chachura A, Meneguzy T. Apports de la téléexpertise sécurisée MonSisra, mise en place au centre hospitalier Annecy Genevois, dans la coopération entre professionnels de santé dans le domaine de la pratique dermatologique en médecine générale en Haute-Savoie. Thèse d'exercice de médecine générale. Université Grenoble Alpes. UFR de Médecine. 2020.
17. Tensen E, van der Heijden JP, Jaspers MWM, Witkamp L. Two Decades of Tele dermatology: Current Status and Integration in National Healthcare Systems. *Curr Dermatol Rep.* 1 juin 2016;5(2):96-104.
18. Schultz K, Ivert LU, Lapins J, Sartorius K, Johansson EK. Lead Time From First Suspicion Of Malignant Melanoma In Primary Care To Diagnostic Excision: A Cohort Study Comparing Tele dermatoscopy And Traditional Referral To A Dermatology Clinic At A Tertiary Hospital. *Dermatol Pract Concept.* 31 janv 2023;e2023018.
19. Tesnière A, Leloup P, Quéreux G, Maillard H, Pedailles S, Leccia MT, et al. Avis dermatologiques à distance : une enquête interrégionale. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie.* févr 2015;142(2):85-93.
20. Bock NW, Wouters H, Lammers AJ, Blanker MH. Online Consultations Between

- General Practitioners and Psychiatrists in the Netherlands: A Qualitative Study. *Front Psychiatry* [En ligne]. 2021 [consulté le 4 mars 2024];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.775738>
21. Miller BJ, Finnane A, Vun Y, Halloran S, Stapelberg A, Soyer HP, et al. Real-time teledermatology clinics in a tertiary public hospital: A clinical audit. *Australas J Dermatol* [En ligne]. nov 2020 [consulté le 16 oct 2023];61(4). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajd.13322>
 22. Wallace P, Haines A, Harrison R, Barbour J, Thompson S, Jacklin P, et al. Joint teleconsultations (virtual outreach) versus standard outpatient appointments for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion: a randomised trial. *The Lancet*. juin 2002;359(9322):1961-8.
 23. Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. *Health Technol Assess* [En ligne]. 3 déc 2004 [consulté le 4 mars 2024];8(50). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta8500/>
 24. Omnidoc [En ligne]. [Consulté le 4 mars 2024]. La téléexpertise en endocrino-diabétologie. Publié en avril 2022. Disponible sur : <https://omnidoc.fr//actualites/la-teleexpertise-en-endocrino-diabetologie/>
 25. Joly F, Guillot A, Vano YA, Spaeth D, Topart D, Roffet P, et al. Enquête nationale française sur les appels téléphoniques entrants en oncologie médicale. *Bull Cancer (Paris)*. 1 juin 2017;104(6):565-73.
 26. Hansen DG, Trabjerg TB, Sisler JJ, Søndergaard J, Jensen LH. Cross-sectoral communication by bringing together patient with cancer, general practitioner and oncologist in a video-based consultation: a qualitative study of oncologists' and nurse specialists' perspectives. *BMJ Open*. mai 2021;11(5):e043038.
 27. Harrison R, Clayton W, Wallace P. Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care? *BMJ*. 30 nov 1996;313(7069):1377-81.
 28. Nebout S. La téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie. Mémoire de psychiatrie. [Rouen, France]. Université de Rouen. UFR mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. 2008.
 29. Backman W, Bendel D, Rakhit R. The telecardiology revolution: improving the management of cardiac disease in primary care. *J R Soc Med*. 1 nov 2010;103(11):442-6.
 30. Lundvoll Nilsen L. Collaborative Work by Using Videoconferencing: Opportunities for Learning in Daily Medical Practice. *Qual Health Res*. août 2011;21(8):1147-58.

31. Zallman L, Fisher CF, Ladner S, Mengistu K, Rapaport AB, Bor D, et al. Inter-
clinician eConsults without programmatic incentives or requirements: a qualitative study of
primary care provider perspectives. *Fam Pract.* 5 sept 2020;37(4):525-9.
32. Deeds SA, Dowdell KJ, Chew LD, Ackerman SL. Implementing an Opt-in eConsult
Program at Seven Academic Medical Centers: a Qualitative Analysis of Primary Care
Provider Experiences. *J Gen Intern Med.* août 2019;34(8):1427-33.
33. Lee MS, Ray KN, Mehrotra A, Giboney P, Yee HF, Barnett ML. Primary Care
Practitioners' Perceptions of Electronic Consult Systems: A Qualitative Analysis. *JAMA
Intern Med.* 1 juin 2018;178(6):782.
34. Liddy C, Moroz I, Mihan A, Keely E. Assessment of the Generalizability of an
eConsult Service through Implementation in a New Health Region. *J Am Board Fam Med.*
mars 2019;32(2):146-57.
35. D Venkatesh R, J Campbell E, Thiim M, K Rao S, G Ferris T, H Wasfy Jet al. E-
consults in gastroenterology: An opportunity for innovative care, 2019;25(8):499-505.
[consulté le 16 mars 2024]. *Journal of telemedicine and Telecare.* Disponible sur:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X18781189>
36. Qi Tan AJ, Chua WL, McKenna L, Chin Tan LL, Lim YJ, Liaw SY. Enablers and
barriers to nurse-facilitated geriatric teleconsultations in nursing homes: a qualitative
descriptive multi-site study. *Age Ageing.* 1 déc 2022;51(12):afac268.
37. Troudet P, Mignen F, Boureau AS, Berrut G, Georgeton E. Impact of geriatric
teleconsultations on hospitalization of elderly living in nursing homes. *Geriatr Psychol
Neuropsychiatr Vieil.* 2019 Sep 1;17(3):261-70.
38. Audiau S, Schmoll L, Blanc F. Transports and hospitalizations avoided thanks to
teleconsultations for elderly patients living in nursing homes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr
Vieil.* 1 déc 2021;19(4):447-58.
39. Gough F, Budhrani S, Cohn E, Dappen A, Leenknecht C, Lewis B, et al. ATA Practice
Guidelines for Live, On-Demand Primary and Urgent Care. *Telemed E-Health.* mars
2015;21(3):233-41.

VII. **ANNEXE**

Questionnaire envoyé aux spécialistes.

1. Quelle est votre spécialité ?
2. Quel âge avez-vous ?
 - < 30 ans
 - 30-39 ans
 - 40-49 ans
 - 50-59 ans
 - >60 ans
3. Depuis quand exercez-vous ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - Plus de 20 ans
4. Quel est votre lieu d'exercice ?
 - Médecin de ville
 - Médecine hospitalière hors CHU
 - CHU d'Amiens
 - Activité partagée, ville et hospitalière
5. A quelle fréquence êtes-vous sollicité par les médecins généralistes lorsqu'ils ont besoin d'un avis rapide ?
 - < 5 fois par jour
 - Entre 5 et 10 fois par jour
 - > 10 fois par jour
6. Par quel(s) moyen(s) de communication les médecins généralistes vous sollicitent-ils le plus souvent ?
 - Téléphone
 - Mail
 - Contact personnel

- Télé-expertise
7. Par quels moyens de communication préférentiels souhaiteriez-vous être contacté pour une demande d'avis spécialisé urgente hors urgence vitale ?
- Téléphone
 - Mail
 - Télé-expertise
 - Autre :
8. Existe-t-il un temps dédié aux avis spécialisés au sein de votre pratique quotidienne ?
- Oui
 - Non
9. Si non, serait-il envisageable de mettre en place un temps dédié aux avis spécialisés au sein de votre pratique quotidienne ?
- Oui
 - Non
10. Si non à la question n°8, pourquoi ne serait-il pas possible de consacrer un temps dédié aux avis spécialisés ? (Plusieurs réponses possibles)
- Manque de temps
 - Pas le matériel adapté (si téléconsultation ou télé-expertise)
 - Autre :
11. Si oui à la question n°8, à quelle fréquence ?
- Journalière
 - 1 à 2 fois par semaine
 - > 2 fois par semaine
 - 1 fois par mois
 - > 1 fois par mois
12. Si oui à la question 8, pensez-vous que cela serait un gain de temps concernant les prises en charge des patients ?
- Oui

- Non

13. Avez-vous connaissance des spécificités de la télé-expertise par rapport à la téléconsultation ?

- Oui
- Non

14. Si oui, quelle pratique utilisez-vous le plus souvent ?

- Téléconsultation
- Télé-expertise
- Les deux

15. Avez-vous connaissance des tarifs applicables pour le médecin requis et le médecin requérant dans le cadre d'une télé-expertise ?

- Oui
- Non

Les modalités de communication existantes pour un avis rapide et spécialisé à disposition des médecins généralistes de la Somme.

Introduction : Les médecins généralistes (MG) sont les premiers intervenants consultés par les patients. Toutefois, ils sont souvent limités par la nécessité d'un avis secondaire. L'objectif était de dresser un état des lieux des moyens de recours aux spécialistes pour les MG dans le cadre d'une prise en charge accélérée ; puis d'évaluer l'intérêt que suscite la télémedecine chez les spécialistes.

Matériel et méthode : Réalisation d'une étude quantitative transversale basée sur des questionnaires envoyés aux spécialistes référencés dans la Somme.

Résultats : Nos données retrouvent une préférence quant à l'usage du téléphone. La majorité n'avaient pas ou peu de temps dédié aux avis, par manque de logistique, personnel ou matériel. Pour la majorité, ils n'avaient pas de connaissance concernant la télémedecine.

Discussion : L'ensemble des spécialistes ont mentionné ne pas avoir de temps dédié, mais lorsqu'il existe, l'emploi du téléphone entraîne des interruptions de tâche permanentes. Néanmoins, plusieurs praticiens seraient prêts à déployer la télémedecine afin d'optimiser leur temps de travail et les échanges interprofessionnels. Plusieurs pays ont déjà développé la téléexpertise à grande échelle, ce qui permet d'améliorer la prise en charge des patients et de revaloriser le travail de chacun.

Conclusion : La télémedecine a monté en puissance avec le Covid mais cette dernière n'est encore que peu développée malgré les aspects positifs. Il serait pertinent d'effectuer un travail avec une étude interventionnelle permettant le déploiement d'un site pilote avec un service de télémedecine nationale ; pour étudier si son développement à long terme et au quotidien serait possible.

***Mots clés** : médecins généralistes ; médecins spécialistes ; téléconsultation ; communication ; technologie*

Current communication methods for providing rapid and specialized advice to general practitioners in the Somme region are under review.

Introduction: General practitioners are typically the first point of contact for patients. However, they often face limitations in accessing secondary opinions. The objective was to compile an inventory of specialist referral methods for general practitioners within the framework of accelerated care and to assess the interest in telemedicine among specialists.

Material and method: This quantitative cross-sectional study utilized questionnaires distributed to specialists practicing in the Somme region.

Results: Data indicates a preference for telephone communication. The majority of specialists had little or no time dedicated to consultations due to logistical, personnel, or equipment constraints. Most of them were unfamiliar with telemedicine.

Discussion: Specialists mentioned a lack of dedicated time, and using the telephone often led to constant interruptions in their tasks. However, many practitioners expressed readiness to adopt telemedicine to optimize their work time and facilitate interprofessional exchanges. Several countries have already implemented teleexpertise on a large scale, leading to improved patient care and enhanced professional value.

Conclusion: While telemedicine has gained traction, especially during the Covid pandemic, it remains underdeveloped despite its positive aspects. Further work, including intervention studies, is recommended to explore the feasibility of long-term and daily development of telemedicine services.

***Keywords**: general practitioners; specialist physicians; teleconsultation; communication; technology*