

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1042

2019 TOU3 1043

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Julia NADOLNY

et

Claire RAHUEL

Le 21 mai 2019

La télémédecine : approches et propositions des médecins généralistes libéraux français

-

**Etude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne
région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018**

Directeurs de thèse : Docteur Anne FREYENS, Docteur Philippe MONLOUIS

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur Pierre BOYER	Assesseur
Madame le Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Monsieur le Docteur Philippe MONLOUIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Mane-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Falemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIgnAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS COMMUNS

À Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à notre recherche. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

À notre directrice de thèse, Madame le Docteur Anne Freyens,

Merci d'avoir accepté de co-diriger notre thèse, de nous avoir donné le cap et d'avoir veillé au grain quand il le fallait.

Merci pour tes conseils et remarques pertinents et enrichissants.

Merci de nous avoir guidées sur ce parcours parfois semé d'embûches.

À notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Philippe Monlouis,

Merci d'avoir accepté, sans hésitation, d'encadrer ce travail de thèse, de t'être lancé dans cette aventure avec nous.

Merci pour tes nombreuses relectures et corrections, parfois tardives. Merci de nous avoir poussées à mettre en valeur nos idées.

Merci pour ton accueil et ton humour.

À Monsieur le Docteur Pierre Boyer,

Nous vous remercions d'accepter de juger notre travail. Merci pour votre aide dans l'étape difficile d'élaboration d'une thématique de recherche, et pour votre expertise dans les nouvelles technologies.

À Monsieur le Docteur Serge Bismuth,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, à la lumière de votre expertise en matière de télémédecine. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

À tous les médecins qui ont accepté de participer à nos travaux de recherches.

Merci pour le temps que vous nous avez dédié et pour la passion de votre métier qui a transpiré lors des entretiens collectifs.

REMERCIEMENTS DE CLAIRE

À mes parents, à Benoît et à Hélène. Merci pour votre présence, votre patience et votre soutien au cours de toutes ces années.

À tous mes amis, de Grenoble, du Sud-Ouest, de médecine et d'ailleurs. Merci pour les vibrations diverses et pour la *buena onda*.

À tous mes cousins, oncles et tantes, pour les moments de grâce en famille.
À Christophe en particulier pour les inspirations médicales... entre autres.

À Bonne-Maman, amarrée au granit breton. À Mamica, Grand-Père et Bon-Papa.

Aux médecins croisés en route pendant ces années d'internat. Vous avez largement contribué à mon épanouissement sur ce chemin de longue haleine. Merci pour votre investissement dans la formation des internes.

Aux bonnes ondes Gersoises.

À Yohan, merci pour ton expertise en matière de Word® et de potimarron farci.

Aux Alpes, aux Pyrénées et à la Bretagne.

Enfin, à Julia, pour cette belle alchimie au cours de notre aventure à rebondissements.
Merci pour ta belle énergie... et ton sens de l'organisation.

REMERCIEMENTS DE JULIA

Merci à ma famille. Maman, Papa, Kevin et Clara.

Merci à mes amis.

Merci aux personnes qui m'ont aidée à réaliser à quel point ce métier pouvait être riche pour soi et pour les autres.

Merci à Yohan, mon amoureux.

Merci à Claire.

Et merci à tous ceux et celles présents en ce jour important.

Au Dr Jean-Paul Villanou,
Nos pensées t'accompagnent et accompagnent tes proches.

« Guérir parfois,
Soulager souvent,
Ecouter toujours. »

Louis Pasteur

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	4
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	6
A. Le choix de la méthode	6
B. Le guide d’entretien	6
C. La population étudiée et la méthode de recrutement	7
D. Recueil des données	7
E. Analyse des données.....	8
F. Réflexivité.....	9
G. Méthode bibliographique.....	9
RÉSULTATS	10
A. Les médecins.....	10
B. Synthèse des résultats principaux.....	11
C. La télémédecine : les représentations des médecins	11
I. Des définitions diverses.....	11
II. Une évolution de la médecine qui suit une évolution de la société	12
III. Des avantages.....	13
D. La télémédecine : les craintes des médecins.....	13
I. Des médecins sous pression.....	13
II. Une télémédecine inadaptée	14
III. L’ubérisation de la médecine	14
1. Risques de dérives pour le médecin.....	14
2. Risques de dérives pour le patient.....	15
IV. La place du tiers paramédical	16
V. Qu’advient-il des patients ?.....	16
VI. Les risques de la modernisation des pratiques médicales.....	17
VII. Des médecines de paradoxes ?.....	18
VIII. Quel devenir pour le médecin généraliste ?	19
E. La télémédecine : approches et propositions des médecins	20
I. Des médecins dans l’expectative	20
II. Un pont entre généralistes et spécialistes	21
III. Une télémédecine à deux vitesses.....	22
IV. La télémédecine selon le médecin généraliste de 2018	22

1. Une solution « a minima »	22
2. Une télémédecine pluridisciplinaire	23
3. Une télémédecine « en différé ».....	23
4. Une nouvelle approche de la médecine face à la désertification médicale ?.....	23
V. Débat autour de l'intelligence artificielle.....	24
DISCUSSION.....	25
A. Discussion de la méthode	25
I. La méthode qualitative et les entretiens collectifs	25
II. L'animation des entretiens collectifs	25
III. La validité de l'étude	25
B. Discussion des résultats	26
I. Préambule de la discussion	26
II. La médecine générale française : évolutions et changement de paradigme	27
III. Propositions pour pallier les craintes et résistances.....	31
1. Face à une faible connaissance de la télémédecine : une information et une formation adaptées.....	31
• Médecins en apprentissage :.....	32
• Médecins en exercice :.....	32
2. Face à une télémédecine « sauvage » : un besoin de cadre	33
a. Face au risque médico-légal : la demande d'une télémédecine protocolisée.....	33
b. Face à un manque de reconnaissance : un besoin de valorisation.....	34
c. Face au risque d'ubérisation : une télémédecine coordonnée par les pouvoirs publics	35
d. Face à l'hétérogénéité des moyens de communication : le besoin d'un outil unique	35
3. Face à une médecine en transition : un changement de paradigme envisagé par les médecins	37
a. Une pratique pluridisciplinaire de la télémédecine	37
• Pour un financement pérenne de la télémédecine : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)	37
• Pour un gain de temps : le concours du tiers paramédical	38
b. La place de l'intelligence artificielle	39
IV. Un souhait fondamental : une télémédecine pratiquée à bon escient	40
1. Un outil mais pas « La solution miracle ».....	40
2. Refus d'une médecine « de confort »	41
V. Proposition : une télémédecine « clé en main »	42
CONCLUSION.....	43
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	48
RÉSUMÉ.....	61

ABRÉVIATIONS

TIC :	Technologies de l'Information et de la Communication
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale
HAS :	Haute Autorité de Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
MSP :	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
DMP :	Dossier Médical Partagé
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
DIU :	Diplôme Inter Universitaire
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ASIP Santé :	Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé
FIEEC :	Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication

INTRODUCTION

Dans une société évoluant avec la technologie, la télémédecine a pris une place notable au sein des questions de santé.

La télémédecine est définie selon le Code de la Santé Publique (1) comme une pratique médicale à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, des professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical. L'impulsion de cette pratique a été donnée en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) (2).

On distingue cinq types d'actes (3) :

- La téléconsultation : consultation à distance, le patient étant seul ou avec un professionnel de santé ;
- La téléexpertise : sollicitation par un professionnel de santé d'avis de professionnels médicaux experts via les TIC ;
- La télésurveillance : interprétation à distance de données nécessaires au suivi médical du patient à partir d'indicateurs transmis par le patient ou par des professionnels de santé ;
- La téléassistance : un professionnel de santé assiste techniquement un confrère ou un autre professionnel à distance ;
- La régulation dans le cadre des urgences : réponse médicale urgente ou conseil téléphonique via le 15 ou numéros de régulation locaux.

La télémédecine est présentée par les autorités de santé comme une des solutions face aux enjeux démographiques auxquels l'offre de soins est confrontée. Après dix ans d'expérimentations en France, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018 a projeté la reconnaissance et le financement de certains actes de télémédecine (4).

Le coup d'envoi a été lancé peu après la fin du recueil des résultats de cette thèse (5). Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation entre le patient et son médecin traitant est reconnue et rémunérée (6). Depuis le 10 février 2019, la téléexpertise est reconnue et

rémunérée pour certaines catégories de patients, et devrait s'élargir à tous à partir de 2020 (7).

Plusieurs travaux de recherche ont interrogé les médecins généralistes sur leur perception de la télémédecine (8) (9) (10) (11). Ont émergé des avis mitigés, entre une crainte de perdre le contact humain et un manque de cadre juridique clair.

On observe un décalage entre les avancées législatives sur la télémédecine, orchestrées par les autorités de santé, et les réticences des médecins généralistes libéraux, acteurs de terrain.

Quelles conditions évoqueraient les médecins généralistes pour intégrer la télémédecine à leur quotidien ? Ont-ils une approche personnelle idéale ?

L'objectif de l'étude était d'aborder un angle positif afin de faire émerger, peut-être, des propositions nouvelles en matière de télémédecine, adaptées aux besoins des médecins généralistes libéraux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Le choix de la méthode

Ce travail de recherche interrogeait les médecins généralistes libéraux sur leur vision de la télémédecine. Il était nécessaire de leur laisser un espace de parole afin d'étudier leurs approches personnelles. La méthode qualitative semblait donc plus adaptée.

La dynamique de groupe stimule la parole et réduit les inhibitions individuelles par un phénomène d'émulation et d'entraînement (12). Afin de faire émerger des idées nouvelles, les entretiens collectifs paraissaient donc plus adaptés que les entretiens individuels.

B. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a permis à l'animatrice de mener les entretiens collectifs. Il a été élaboré après concertation entre les chercheuses et leurs directeurs de thèse. Il a ensuite été retravaillé lors d'un atelier méthodologique au sein du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de l'Université Paul Sabatier de Toulouse (ANNEXE 1).

Des modifications ont été apportées au guide d'entretien après le premier entretien collectif, en raison d'un sentiment de redondance de certaines questions (ANNEXE 2).

Cinq thématiques, sous forme de questions ouvertes, le constituaient :

- Les expériences individuelles des médecins interrogés en matière de télémédecine ;
- Leur définition de la télémédecine ;
- Les sources de motivation et les facteurs qui faciliteraient leur implication dans la télémédecine ;
- Leurs approches et propositions nouvelles pour une intégration de la télémédecine dans leur pratique ;
- A la fin des échanges, apporter une définition en un mot de la télémédecine.

L'animatrice était libre d'utiliser des questions de relance, prédéfinies ou non, en fonction de l'évolution de la discussion.

C. La population étudiée et la méthode de recrutement

Pour être la plus objective possible, la recherche nécessitait d'inclure des profils hétérogènes. L'objectif était de faire varier au maximum les caractéristiques sociologiques des médecins : âge, sexe, milieu d'exercice, etc. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste ayant ou non validé sa thèse ;
- Exercer une activité libérale lors de la période de recueil dans la région anciennement Midi-Pyrénées.

Il n'était pas exigé de connaissances particulières sur la télémédecine. L'unique critère d'exclusion était le refus de participer.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait par appel téléphonique aux cabinets médicaux ou par mail. Une invitation avec une note explicative a été envoyée (ANNEXE 3). L'objectif était de recruter au moins six participants par entretien collectif. Face à la difficulté à recruter des médecins, la recherche a été élargie à des internes et remplaçants en médecine générale. Les départements de l'Ariège, du Gers, du Lot et de la Haute-Garonne ont été choisis afin d'obtenir une diversité de pratiques.

Les médecins de l'Ariège, du Gers et du Lot ont été recrutés quelle que soit leur zone d'exercice (rurale, semi-rurale ou urbaine). Pour l'entretien collectif en Haute-Garonne, n'ont été contactés que des médecins exerçant dans Toulouse ou sa banlieue proche, afin d'obtenir une vision plus urbaine.

D. Recueil des données

Les chercheuses se sont formées aux entretiens collectifs grâce à un atelier méthodologique proposé par le DUMG. Une des chercheuses s'est formée à l'animation des entretiens collectifs auprès de sa directrice de thèse et a animé les quatre entretiens.

Les chercheuses apportaient un buffet dînatoire avant les entretiens. Les médecins généralistes volontaires d'un même département étaient regroupés au sein de structures prédéfinies : maisons médicales, salles au sein d'une Union Régionale des Professionnels de Santé et d'un Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Les participants étaient installés autour d'une table circulaire afin de faciliter les échanges visuels et la parole. Chaque participant remplissait un questionnaire sur les données socio-épidémiologiques le concernant et sur les installations numériques au sein de son cabinet (ANNEXE 4). Il prenait ensuite connaissance d'un formulaire d'information et de consentement (ANNEXE 5) et y apposait sa signature avant de débiter l'entretien.

L'animatrice initiait l'entretien par un discours expliquant le déroulement de l'entretien, le rôle de chacune des chercheuses, et rappelant l'anonymisation des propos (ANNEXE 6). Elle posait des questions ouvertes prédéfinies et n'intervenait pas dans le contenu de la discussion. Son rôle était de s'assurer que la parole était bien répartie entre tous les participants. La seconde chercheuse, observatrice, relevait l'ensemble des données associées à la communication non verbale.

L'enregistrement audio était effectué sur les ordinateurs des chercheuses. Un schéma résumant les principales définitions de la télémédecine (ANNEXE 7) a été remis aux participants lorsqu'une clarification sur certains termes propres à la télémédecine semblait nécessaire.

E. Analyse des données

Après chaque entretien collectif, sa retranscription intégrale était effectuée par les chercheuses, mot à mot et en incluant les informations non verbales. Une lettre et un numéro étaient affectés à chaque participant pour anonymiser les données. Les entretiens collectifs ont été divisés en fragments de discours, appelés verbatims. Un exemple de verbatim figure en annexe (ANNEXE 8).

La méthode d'analyse des données était celle de la thématization transversale et de la théorisation ancrée. La première étape de l'analyse a été la division des verbatims en unités de sens. Chaque unité de sens a été reformulée dans son contexte : c'est l'étape de codage. Le codage a été effectué sans logiciel particulier, au sein d'un tableau Excel® (ANNEXE 9).

Les deux chercheuses ont effectué le codage indépendamment, puis elles ont mis en commun leurs codes et les ont discutés un par un. Lors d'un désaccord sur un code, l'avis d'un des directeurs de thèse était sollicité. Les codes ont ensuite été regroupés en sous-catégories, faisant émerger les catégories, puis les thèmes principaux.

F. Réflexivité

Le principe de réflexivité a été pris en compte par les deux chercheuses, qui ont tenté de l'appliquer tout au long de l'étude. Il consiste à essayer de faire abstraction des facteurs pouvant influencer le recueil et l'analyse des données (statut de médecin, croyances, idées préconçues), pour une étude la plus objective possible.

G. Méthode bibliographique

Un premier travail de recherche sur la méthodologie qualitative a été effectué à partir d'ouvrages recommandés lors d'un atelier dispensé au sein du DUMG à l'Université Paul Sabatier de Toulouse.

La recherche bibliographique a été menée sur les thèmes de la télémédecine et de ses pratiques (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance et régulation), des médecins généralistes libéraux et de la e-santé.

Ce travail a été effectué grâce aux moteurs de recherches suivants : le CISMef© (CHU de Rouen, système de métadonnées médicales en langue française), la Banque de Données en Santé Publique©, le catalogue SUDOC© (Système Universitaire de Documentation) et Pub Med©. Les portails numériques de la Haute Autorité de Santé (HAS), des Agences Régionales de Santé (ARS), du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), de l'Assurance Maladie et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ont été régulièrement consultés.

Les chercheuses ont eu recours à l'ouvrage « Télémédecine : Enjeux et Pratiques » (2015) de Simon P, néphrologue et juriste de la santé, président de la Société Française de Télémédecine de 2010 à 2015 (13).

La télémédecine étant un thème d'actualité, les chercheuses se sont régulièrement informées par le biais des médias, notamment du journal Le Quotidien du Médecin®. Les articles servaient de porte d'entrée à une recherche plus approfondie.

Une veille documentaire a été effectuée tout au long du travail de recherche. Le logiciel Zotero® a été utilisé afin d'enregistrer et de classer les publications retenues.

RÉSULTATS

Entre mai et août 2018, 4 entretiens collectifs ont été réalisés, au cours desquels 29 médecins généralistes ont été interrogés : 24 médecins généralistes libéraux installés, 3 internes de médecine générale et 2 remplaçants en médecine générale.

Les chercheuses ont eu le sentiment d'arriver à saturation des données au bout du troisième entretien collectif et en ont effectué un quatrième pour confirmer cette hypothèse.

Les entretiens collectifs ont duré en moyenne 75 minutes. L'entretien le plus court a duré 59 minutes, le plus long 86 minutes.

A. Les médecins

Les tableaux récapitulatifs des caractéristiques socio-épidémiologiques de l'échantillon et des installations numériques au sein des cabinets médicaux figurent en annexe (ANNEXE 10).

L'échantillon était composé de 16 femmes et de 13 hommes. La moyenne d'âge était de 46 ans, le plus jeune participant ayant 26 ans et le plus âgé 66 ans. Toutes les tranches d'âge étaient équitablement représentées.

La majorité des participants exerçaient en zone rurale ou semi-rurale. Les médecins exerçant en zone urbaine représentaient moins d'un tiers de l'échantillon, du fait d'une difficulté à recruter en ville.

Deux tiers des participants exerçaient au sein de cabinets médicaux de groupe et/ou en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Un tiers exerçait seul.

4 médecins sur 29 ne bénéficiaient d'aucun secrétariat. Les autres bénéficiaient des services d'un secrétariat sur place et/ou délocalisé.

B. Synthèse des résultats principaux

Pour les médecins, la télémédecine était un concept abstrait. Ils se représentaient mal comment l'intégrer dans leur référentiel et comment la mettre en place dans leur pratique. Ils formulaient des propositions qu'ils croyaient novatrices, alors qu'elles existaient déjà pour la plupart. Cela était aussi dû à un manque de compréhension du système médical qui en découlerait, et à un manque de temps pour s'informer et mettre en œuvre des projets nouveaux. « J'suis toujours hyper contente mais après dans le concret c'est le temps ! (...) Qu'on n'a pas non plus ! » C1. On retrouvait trois grandes tendances.

Une catégorie de médecins s'interrogeait sur l'intérêt de s'investir et d'investir financièrement. « Et est-ce que la télémédecine amène quelque chose ? (...) Parce que, l'installation de télémédecine comme ici, qui coûte très cher... » C1. Certains s'imaginaient investir par le biais d'un projet de MSP, attendant parfois des aides de l'Etat.

D'autres médecins disaient faire déjà de la télémédecine et ne se voyaient pas en faire davantage. Ils souhaitaient une rémunération, une valorisation et une protocolisation d'une télémédecine qu'ils pratiquaient de manière « artisanale » A4.

La dernière catégorie de médecins se donnait le droit à l'essai, avec la possibilité de faire marche arrière. « Je suis partant pour la télémédecine ! Je fais ça six mois, un an. Si c'est bien je continue, si c'est pas bien je plante tout ! » C8.

Ils s'accordaient tous sur une préférence pour une télémédecine développée par les pouvoirs publics et non pas par des sociétés privées, tout en reconnaissant l'efficacité de ces dernières dans le domaine.

C. La télémédecine : les représentations des médecins

I. Des définitions diverses

La définition et la mise en pratique de la télémédecine semblaient « floues » A2 pour l'ensemble des médecins interrogés. « Moi j'attends une définition de la télémédecine pour savoir à quelle question je réponds. » D6.

Ils en donnaient des définitions diverses : une médecine à distance, une médecine quotidienne, une médecine par le biais de l'image et de l'écran, dominée par la téléconsultation et la visioconférence.

Le sentiment d'une pratique chronophage prédominait. « La médecine qu'on pratique sans avoir le patient en face mais par l'intermédiaire d'un... d'un outil, quel qu'il soit, effectivement ça prend de plus en plus de temps. » B5.

Cette pratique était à l'origine d'une médecine « dégradée », manquant de certaines ressources qui leur semblaient indispensables à une pratique de qualité.

Elle n'était pas valorisée, car non reconnue par l'Assurance Maladie et donc non rémunérée.

Elle était pratiquée en dehors de leur planning, empiétant sur leur vie privée, à l'origine d'une sensation de trop-plein. « Mais en même temps ça te prend du temps à toi sur (...) ce temps où t'aimerais bien faire autre chose ! Ou partir en visite, parce que ça t'évitera de rentrer à neuf heures à la maison... » D2.

II. Une évolution de la médecine qui suit une évolution de la société

Les échanges entre médecins ont fait ressortir qu'ils pratiquaient tous la télémédecine sans le savoir. « C'est comme la prose. Je pense qu'on en fait sans le savoir » D7.

Ils prenaient conscience qu'ils ne pratiquaient pas une télémédecine qu'ils qualifieraient d' « officielle » D5, mais plutôt une télémédecine « avec les moyens du bord ». « On fait comme ça avec de la télémédecine artisanale... Sauvage ! » A4. Ils la pratiquaient avec leurs smartphones (appels, SMS ou envoi de photos par MMS), avec leurs logiciels médicaux sur ordinateur (échanges de mails) et avec leur fax (transfert de documents médicaux à des confrères).

Ils ont conclu à une évolution inéluctable de la médecine qui suivait une évolution de la société. « C'est pas vraiment de la télémédecine, c'est juste la technologie qui évolue avec nous. » A1.

La télémédecine apparaissait donc comme un nouvel outil qui devait trouver sa place dans une médecine en transformation.

III. Des avantages

Les médecins ont reconnu à la télémédecine de nombreux avantages.

La télésurveillance et la téléconsultation évitaient un déplacement pour le médecin et pour les patients fragiles. Elles favorisaient la prise en charge du patient dans son milieu de vie.

La régulation médicale permettait une meilleure évaluation du niveau d'urgence.

La télémédecine pouvait faire gagner du temps au généraliste et au spécialiste grâce à la rapidité des échanges. (Parlant d'une plate-forme publique d'échanges entre généralistes et spécialistes) « Honnêtement, quand ça marche, c'est d'un confort... inouï quoi ! » D2.

Elle permettait de filtrer les sollicitations extérieures grâce à des interfaces telles que MEDIMAIL®, ne gardant que les interactions avec les professionnels de santé. « C'est une messagerie sécurisée et donc on est quand même beaucoup moins harcelés sur cette messagerie. » B2.

Elle facilitait l'organisation de réunions avec des experts. Réunions que les médecins ne pourraient pas intégrer dans leur quotidien si elles n'étaient pas via visioconférence, du fait de contraintes géographiques ou temporelles.

D. La télémédecine : les craintes des médecins

I. Des médecins sous pression

Les médecins interrogés se sentaient « sous pression », du fait de sollicitations diverses.

Ils déplorait le rôle des médias, qui diffusaient une image de la télémédecine encore loin de leur réalité, la présentant comme « La solution miracle » au problème de démographie médicale. « Moi je vois, c'est pareil, j'avais reçu cette image d'Épinal qui est certainement aussi imbibée par les médias, qui véhiculent la télémédecine telle que représentée avec un patient d'un côté et une caméra et un médecin de l'autre côté, comme La solution pour répondre au désert médical. » D1.

Ils se plaignaient des sollicitations de la société. Cette dernière les exhortait à investir auprès de sociétés privées sous couvert de rester performants. « On est très sollicités ! Pour faire un peu plus euh... Pneumo ! Dermato ! Qu'est qu'on m'a proposé ? Cardio... » A2.

Ils rapportaient un besoin d'immédiateté chez les patients, anxieux du fait d'une problématique croissante de disponibilité des médecins.

Certains pensaient qu'on faussait un système initialement prévu pour pallier la désertification médicale, pour aller vers une médecine de confort. « J'ai l'impression que la télémédecine c'est une dérive de la médecine. (...) On veut pallier une désertification par cet outil-là, en fait pour le confort. Non pas de la personne âgée, mais du businessman ou autre. » B7.

II. Une télémédecine inadaptée

Les médecins estimaient que les propositions de télémédecine étaient inadaptées à leur quotidien et à celui des spécialistes. Elles engendreraient selon eux une augmentation de leur charge de travail et de leur charge administrative.

Les téléconsultations leur semblaient compliquées à insérer dans leur planning quotidien, du fait du temps qu'elles nécessitaient et de leur complexité sur le plan matériel.

Les médecins attendaient que la télémédecine présente un intérêt équivalent pour les médecins et pour les patients : que ces derniers ne soient pas les seuls avantagés. « Donc c'est... uniquement pour en tirer bénéfice pour le patient bien sûr (...) c'est toujours dans le même sens. » D3.

III. L'ubérisation de la médecine

La plupart des médecins exprimaient une inquiétude face à l'arrivée des sociétés privées sur le marché de la médecine, y percevant des risques de dérives.

1. Risques de dérives pour le médecin

Pour le médecin, ils redoutaient une dérive d'ordre financier, par la nécessité d'investissement dans du matériel plus cher qu'ils n'estimaient pas toujours nécessaire.

« Il va falloir payer ! Et payer de plus en plus cher, et nos rémunérations n'augmenteront pas. » A5.

Ils craignaient une dérive d'ordre médico-légal, avec un manque de clarté concernant l'organisation concrète de la responsabilité médicale.

Ils redoutaient une dérive d'ordre déontologique, avec le risque de perdre leur intégrité, étant soumis à une forme de publicité constante de la part des sociétés privées. « On va perdre un peu nos... notre âme ! » A5.

2. Risques de dérives pour le patient

Les médecins craignaient des dérives menaçant la sécurité du patient, devant des pratiques de télémédecine ayant montré leurs failles (régulation téléphonique de centres d'urgences médicales), pouvant conduire à des erreurs graves. « Je pense qu'il faut être vigilant en amont ! Et non pas... malheureusement, que le système soit tellement laxiste au départ, qu'on soit obligé de le réguler par défaut, et par, par le pire ! C'est à dire quand il y aura des morts, des plaintes, des échecs ! » D3.

Ils craignaient aussi des dérives concernant le bien-être physique et psychologique du patient, dans un contexte sociétal lui demandant une disponibilité et une rentabilité croissantes. Ils se montraient perplexes face aux cabines de téléconsultation créées au sein même des entreprises. Elles laissaient de moins en moins au patient la possibilité de s'absenter de son lieu de travail pour consulter.

La télémédecine est apparue comme la création d'interfaces entre le médecin et son patient. Un médecin s'est questionné sur la distance entre le patient et le médecin que créait la société actuelle, en intercalant un écran entre les protagonistes. « Ils viennent consulter avec la photo pour pas avoir à se déshabiller et je pense que la télémédecine a tendance aussi à rebondir là-dessus et de développer ce côté-là, de dire "on veut soigner, j'ai plus besoin d'être physiquement présent !" Et on... on l'aggrave, ce phénomène. » B2.

Les médecins se sont interrogés sur l'utilisation de ces interfaces : à visée défensive ou favorisant les échanges avec le patient ? « Mais tout dépend comment tu orientes ton, ton écran. (...) Toi tu l'orientes vers toi, moi je l'oriente vers le patient. En biais, comme ça. » (Montre avec sa main l'orientation de l'écran, met son bras en biais). « Si c'est à visée défensive... » C8.

Les médecins craignaient que l'amélioration annoncée de l'accessibilité aux soins grâce aux plateformes médicales ne se fasse aux dépens de la qualité des soins. La distance générerait une difficulté d'appréciation de l'état réel du patient et de prise en charge des patients polypathologiques.

IV. La place du tiers paramédical

La place du tiers paramédical dans la télémédecine semblait se dessiner de manière évidente pour les médecins, par le biais notamment de l'infirmier clinicien.

Certains y voyaient des avantages. La prise en charge du patient dans sa globalité était favorisée par l'intervention de professionnels du médical, paramédical, psychosocial, etc. La délégation de certaines parties de la consultation à d'autres acteurs de la santé pouvait faire gagner du « temps-médecin » pour la prise en charge psychologique du patient. « Et avoir peut-être plus (...) de temps d'écoute pour être avec [les patients] ! » B2.

D'autres exprimaient une anxiété à l'idée de déléguer leur savoir-faire à une tierce personne qu'ils ne connaissaient pas. « S'il faut toujours l'examen clinique, moi par la télémédecine je sais pas faire, et faire confiance à l'infirmière qui est chez le patient pour l'auscultation qu'elle a faite » (sifflement de perplexité), « faut que je la connaisse bien quoi. » D6.

Certains voyaient une forme de « proxénétisme » A2 dans la rémunération de tierces personnes effectuant leur travail.

D'autres émettaient des doutes sur la pérennité même de cette pratique, persuadés qu'il s'agissait d'une transition avant de laisser la place aux machines.

V. Qu'advient-il des patients ?

Selon les médecins interrogés, les médias véhiculaient aux patients une image déformée de la télémédecine.

Certains estimaient que cette image pouvait engendrer une surconsommation médicale. « Je cherche le mot, on est des distributeurs, voilà, excusez-moi l'expression hein, on devient des épiciers ! » (Hausse le ton, révoltée) B8. « On devient le... le Drive de Mc Do. » B6. « Allopizza. » B7.

Ils redoutaient un mésusage de la télémédecine par les patients les plus anxieux. « Tous les patients et les patientes angoissés hypochondriaques, et alors là ils vont s'éclater ! » C4.

Selon les médecins, la télémédecine pouvait inciter les patients à tirer profit du système, représentant une solution de facilité. (Parlant d'un médecin régulateur). « Il disait qu'il avait remarqué que... le soir, après 20h, il y avait des gens qui appelaient : "Le petit est malade, il a de la fièvre, qu'est-ce qu'il a...", enfin ils ont une ordonnance, gratuite, pas de consultation, pas d'examen, ils ont ce qu'ils veulent. » C4.

Ils s'inquiétaient de l'altération de la prise en charge psychologique des patients par des interfaces impropres à la communication des émotions.

Ils prenaient conscience de l'avènement progressif des médecines alternatives et complémentaires, face à une médecine actuelle déjà technique. Ils se demandaient ce qu'il en serait à l'ère de la télémédecine.

VI. Les risques de la modernisation des pratiques médicales

Les médecins interrogés craignaient que la télémédecine et les techniques modernes associées n'engendrent des risques pour la médecine telle qu'ils l'avaient toujours connue.

Ils craignaient une mécanisation de la santé, où les médecins seraient remplacés à terme par des machines. « Mais ils ne sont pas intéressés par les médecins, pour faire de la télémédecine ! Ils veulent des... robots. » B8.

Ils redoutaient une industrialisation de la santé : une « médecine à la chaîne », où la prise en charge des patients serait morcelée entre différents intervenants, faisant apparaître la notion de rendement aux dépens de la qualité. « Donc ça, là, c'est découper l'activité, toujours, comme dans l'industrie, pour essayer de faire de la production de soins en masse à bas coût. » B2.

Ils décrivaient un risque de déshumanisation de la santé par la consultation à distance. Les médecins interrogés exprimaient le souhait de faire perdurer la relation médecin-malade. « Le numérique n'est pas sentimental mais nous, nous sommes sentimentaux ! » A5.

Ils redoutaient une perte de l'examen clinique et du non-verbal, inhérents à la consultation en vis-à-vis. « On apprend avec un examen clinique (...) donc si c'est pour changer de paradigme et changer de métier, autant ne pas l'appeler médecine. » D4.

VII. Des médecines de paradoxes ?

Au cours de leurs échanges, les médecins ont dénoncé plusieurs paradoxes dans la médecine actuelle en pleine évolution et dans la télémédecine.

Était décrit un paradoxe majeur entre la représentation abstraite que les médecins se faisaient de la télémédecine et l'imminence de l'officialisation par l'Assurance Maladie des téléconsultations. « J'ai cru voir dans un article de la presse grand public que le 15 septembre ça y est, c'est affiché dans la presse qu'on va pouvoir se faire soigner à distance... » D3.

Ils ont dénoncé le paradoxe des avancées technologiques en lien avec la télémédecine, inadaptées à la couverture téléphonique et internet de certaines zones. Un colosse aux pieds d'argile dont le risque de panne pourrait laisser le médecin et le patient sans solution. « La télémédecine on l'a dit ça s'adresse surtout aux... Aux zones très rurales, aux endroits un peu reculés mais moi je vois personnellement dans notre maison de santé à Y..., un jour sur deux, y'a tout le réseau qui plante ! (...) C'est un peu paradoxal ! » C6.

Les médecins ont décrit le paradoxe d'une télémédecine qui se développait plus vite que sa reconnaissance par l'Assurance Maladie.

A été dénoncé le paradoxe entre l'incitation déontologique à rester un médecin qui prend son patient dans sa globalité et des techniques qui le « découpent en morceaux ».

Un médecin a décrit le paradoxe du patient « navigateur solitaire » : une augmentation des moyens de communication mais des patients de plus en plus isolés. « Mais finalement si on va vers de la télémédecine (...) finalement on va se retrouver avec... des patients qui vont être comme des navigateurs solitaires. C'est à dire qu'effectivement très contents d'avoir une réponse à leur isolement, une rupture d'isolement ! Mais finalement le constat derrière c'est que les gens vont vers l'isolement, plus de contact, et en fait plus d'isolement. Et c'est là où y a.... du coup, un phénomène sociétal. » B1.

VIII. Quel devenir pour le médecin généraliste ?

Les médecins interrogés s'inquiétaient de la répercussion de la télémédecine sur leur place dans le système de santé.

Ils craignaient de perdre le cœur de leur métier et leur rôle de pivot dans la relation médecin-malade. Ils redoutaient d'être remplacés par des machines ou une tierce personne, alors cantonnés à des tâches plus administratives. « J'ai pas du tout envie qu'effectivement les patients soient... pris en charge par une machine et que moi je sois exclue du système d'examen parce que... c'est une machine qui fera le boulot ! » B4.

Ils craignaient de devenir des prestataires au service des entreprises privées en charge de la télémédecine.

Les médecins redoutaient une hyperspécialisation du médecin généraliste du fait d'une technicisation de leur équipement médical. Cela les exhorterait à réaliser les premières consultations spécialisées et les dépistages en plus de leurs consultations habituelles. « On nous demande d'être des spécialistes ! (...) Ça veut dire qu'en plus de notre médecine générale, il va falloir faire la première consultation du cardio, la première consultation du dermato, la première consultation du pneumo ! » A2.

Ils déploraient aussi un manque de considération croissant de la part de certains patients. « Alors par moments c'est un petit peu gênant parce qu'on se fait pousser dans le dos : "Donnez-moi l'ordonnance, donnez-moi ci". Effectivement les gens parfois n'ont pas conscience que dans leur demande ils oublient qu'on a une part de professionnels. » B1.

De ce fait, un découragement se faisait parfois sentir. Certains exprimaient la possibilité d'une contestation virulente. « ...Enfin ça va pas rentrer ! Ça va clasher ! » D1.

Cependant, la plupart d'entre eux restaient positifs sur la nécessité indéfectible de leur présence auprès des patients. Selon eux, la relation de confiance ne pourrait jamais être remplacée par des machines. « Les patients ils viennent nous voir parce qu'ils ont confiance dans ce que nous savons (...). Si on est toujours dans ce lien de compétence ils viendront toujours nous solliciter, qu'il y ait de la télémédecine ou non ! » B1.

E. La télémédecine : approches et propositions des médecins

I. Des médecins dans l'expectative

Les médecins étaient perplexes face à la télémédecine. Avant tout, ils souhaitaient être informés sur la télémédecine, ses réseaux et les moyens numériques existants, estimant être peu associés aux décisions « officielles ». Ils exprimaient le besoin que « leur » télémédecine réponde à un certain cahier des charges.

Elle devait être protocolisée avec un cadre médico-légal rigoureux en ce qui concernait la sécurité des données et la traçabilité des échanges et des décisions. « Je prends des photos (...) Sur le plan médico-légal, ça craint ! » C4. Ils voulaient savoir à qui incomberait la responsabilité lors des échanges avec le spécialiste, et quelle serait leur responsabilité en cas de décision prise sans examen clinique.

« Leur télémédecine » devait être d'utilisation simple. Elle devait fluidifier la prise en charge des patients et la transmission d'informations médicales, sans alourdir des journées de travail déjà chargées. « Quelque chose (...) avec un accès qui soit fluide ! » A4.

En matière de téléexpertise, les médecins proposaient que généralistes et spécialistes aient des plages horaires dédiées à la télémédecine et que les correspondants soient « pré-identifiés. » A4.

« Leur » télémédecine devait être uniformisée, avec un outil commun à tous les acteurs de la santé. Les médecins proposaient un dossier médical consultable en permanence à distance via smartphone, contenu au sein d'un « cloud » par exemple. Ils souhaitaient que soient créées des applications permettant des plateformes d'échanges sécurisées. « Par WHATSAPP® médical ! » D1. Un médecin a évoqué le Dossier Médical Partagé (DMP), se demandant si c'était de la télémédecine.

« Leur » télémédecine devait être rémunérée, pour les généralistes comme pour les spécialistes. Ils exprimaient la nécessité que l'Assurance Maladie formalise l'acte de télémédecine par une cotation. Elle devait améliorer la qualité et l'équité des soins et continuer d'inclure le patient dans les décisions de santé.

II. Un pont entre généralistes et spécialistes

Face aux problèmes de démographie médicale, les médecins voyaient la télémédecine comme nécessaire pour faire perdurer voire améliorer les échanges entre généraliste et spécialiste.

Ils avaient une vision dichotomique de la télémédecine.

Ils voyaient d'un côté une télémédecine « de patient à médecin », dont ils craignaient l'aspect mercantile et le risque de « court-circuiter » le parcours de soins. « Y a deux télémédecines, ou avec l'échange entre confrères, ou directement avec le patient. Et celle-là elle fait... très peur, à mon avis. Puisque je pense que y a beaucoup de réseaux de... marchands ! De biens... de soins. » D3.

Ils décrivaient de l'autre côté une télémédecine « de médecin à médecin » qui faisait l'unanimité. Ils y voyaient « un contrat moral de confiance et de compétences. » D6.

La facilité d'accès à des avis spécialisés via télémédecine enrichissait leur pratique. « La télémédecine je sollicite beaucoup les avis pour me former, franchement j'apprends plein de choses comme ça. » D8.

Ces avis les rassuraient dans les prises en charge. « C'est pas mal parce que moi ça m'a permis (...) de me sentir moins seul dans mon idée de toucher à tel ou tel traitement. » B7.

Un médecin valorisait le fait que les échanges « virtuels » (téléphone ou visioconférence) abolissaient la hiérarchie, car chacun devenait expert.

Les médecins se sont interrogés sur l'avis des spécialistes face au développement de la télémédecine. Ils insistaient sur la nécessité de choisir leur réseau de correspondants réguliers, de confiance, pour une cohérence du suivi du patient.

Ils attendaient des spécialistes une réactivité et une implication réelles, face à une participation qu'ils jugeaient trop inégale. « Et heu la télémédecine telle que je la fais actuellement c'est aussi avec des intervenants qui répondent, que j'ai en direct (...) qui sont ok pour ce jeu-là. » D6.

III. Une télémédecine à deux vitesses

Les médecins dans leur ensemble s'accordaient sur une télémédecine à deux vitesses.

Ils déploraient un manque de compréhension et d'écoute de la part des autorités de santé, représentées par les ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (Avec amertume) « Pour nous, la télémédecine c'était l'apport d'une radio avec de la téléradiologie. Mais (...) c'est pas possible, parce que la Sécurité Sociale n'a pas compris que ça pouvait exister. » C6.

Ils déploraient la lourdeur du système public de santé, en retard sur le développement de la télémédecine par rapport aux sociétés privées. « Je sais pas où en sont les instances mais toujours en retard... » D7. « Deux trains de retard. » D1. Ils semblaient outrés par la latitude laissée aux sociétés privées pour gérer un problème de santé publique. Ils estimaient que ces dernières développaient rapidement une télémédecine efficace car elles étaient en mesure d'y mettre des moyens et des intervenants compétents. Avec, selon eux, la bénédiction de l'ARS.

Plusieurs médecins s'étaient d'ailleurs équipés d'un appareil de télétransmission d'électrocardiogrammes fourni par des sociétés privées, car convaincus du fonctionnement fluide et protocolisé de ce dernier.

IV. La télémédecine selon le médecin généraliste de 2018

1. Une solution « a minima »

Les médecins généralistes interrogés ne voyaient pas la télémédecine comme « La solution miracle » à la désertification médicale et ne l'imaginaient pas remplacer la médecine dans un futur proche. Pour eux, la télémédecine devait rester une solution ponctuelle, utilisée « a minima » B7. Ils la voyaient comme un outil. « Oui, ça va pas solutionner le problème. » C1. « Non ! Mais on veut te faire croire que oui ! C'est un outil voilà ! » C8.

Selon eux, lors de la régulation téléphonique, le transfert d'images via télémédecine pourrait les aider à apprécier la gravité de certaines situations ou à diagnostiquer des lésions dermatologiques. Cela pourrait aussi aider au suivi de plaies par une tierce personne à domicile.

2. Une télémédecine pluridisciplinaire

Les médecins généralistes se faisaient l'image d'une télémédecine pluridisciplinaire. « Est-ce que c'est réservé aux médecins ? Je crois pas ! Je crois que la télémédecine (...) recouvre tout le champ qu'il soit médical, social, qui nous fait travailler tous les jours quoi... » A6.

L'exercice médical en groupe et le travail pluridisciplinaire les aideraient à pallier l'isolement géographique et psychologique des soignants, tout en gagnant en qualité de soins. « Autour de moi pour les soignants, autant que les médecins généralistes, y'a une réelle souffrance... C'est bien cloisonné. Mais je veux dire on n'arrive même pas à communiquer entre nous pour parler de nos patients ! Je pense que [la télémédecine] peut être un outil qui peut nous apporter justement la mise en commun... de nos compétences autour d'un patient. Et garder quand même notre patient comme étant le centre de nos préoccupations. » A2.

3. Une télémédecine « en différé »

Les médecins s'imaginaient une télémédecine « en différé », valorisant le confort de la communication par SMS ou par mail avec les correspondants médicaux ou paramédicaux. Ils déploraient la lourdeur des sollicitations téléphoniques ou des téléconsultations au milieu de leurs consultations.

Pour lutter contre cette lourdeur, un médecin a exprimé l'idée d'une aide humaine administrative : un « assistant » D5, salarié(e) par le médecin, qui passerait les appels afin de joindre les correspondants, permettant un gain de temps au médecin généraliste.

4. Une nouvelle approche de la médecine face à la désertification médicale ?

Une nouvelle approche de la médecine a émergé, face à la réalité de la désertification médicale. La télémédecine apparaissait comme une aide capitale, mais en dernier recours.

Les médecins proposaient la création de cabines de téléconsultation dans les villages (dans les mairies notamment) et d'une médecine itinérante dans les zones reculées (en camping-car).

Ils proposaient de « changer de médecine » et de ne voir en consultation que les patients chroniques déstabilisés, ou simplement d'espacer les consultations grâce à la télésurveillance. « Au lieu de voir des gens bien portants ou des gens qui sont stabilisés, tu vois des gens qui sont déstabilisés ou... dans l'aigu ! On n'est pas obligés de consacrer du temps médical à des gens qui vont bien ! » C8.

Enfin, ils suggéraient d'ajuster les délais de consultation en « triant » les patients selon le motif. « Pourquoi je ferais pas le même mode, avec des patients, que ceux qu'on nous impose partout, c'est-à-dire que les patients quand ils voudront prendre rendez-vous chez moi devront envoyer, par mail, à mon télésecrétariat, le motif de consultation et d'après le motif de consultation je déciderai si leur rendez-vous doit être urgent, moyennement urgent, pas du tout urgent ! » B2.

V. Débat autour de l'intelligence artificielle

Au cours des discussions a été évoquée l'intelligence artificielle, pressentie comme une évolution attendue mais lointaine. Plusieurs médecins se demandaient s'ils pouvaient la considérer comme de la télémédecine.

Certains exprimaient une crainte face à l'avènement de l'intelligence artificielle, craignant d'être un jour remplacés par des robots. (D'un ton inquiet) « Jusqu'où on est capable d'aller ? » C6.

D'autres acceptaient l'idée d'être assistés dans leur prise de décision par des machines qui limiteraient les aléas liés à l'humain. Ils restaient convaincus qu'ils resteraient au cœur de la relation médecin-malade. « L'idée est d'assister le médecin et de limiter au maximum tout ce qu'on peut avoir de... délétère ! Donc les omissions diagnostiques, les interactions médicamenteuses, avec toute la... iatrogénie dont nous sommes capables ! (...) Non mais une intelligence artificielle ne remplacera jamais un être humain ! C'est toi qui annonceras au patient ! » D2.

DISCUSSION

A. Discussion de la méthode

I. La méthode qualitative et les entretiens collectifs

La méthode qualitative permettant la libre expression des opinions des médecins et les entretiens collectifs créant une émulation entre confrères semblaient être les méthodes les plus adaptées à la question de recherche.

Les participants n'ont pas été informés du contenu du guide d'entretien avant le jour de la rencontre, ce qui a permis une parole spontanée. Cela constitue l'une des forces de l'étude.

II. L'animation des entretiens collectifs

L'animation des entretiens collectifs était effectuée par une des chercheuses. Il s'agissait pour elle d'une première expérience, ce qui a peut-être entraîné une perte d'informations.

Cette chercheuse était animatrice et rédactrice à la fois, ce qui a pu représenter un biais. Le fait que l'animatrice exerce la même profession que les participants a pu constituer un autre biais. De plus, les chercheuses connaissaient certains des médecins. Ces derniers ont donc pu adapter leur discours par crainte d'être jugés ou de se montrer décourageants dans leurs propos.

III. La validité de l'étude

La **validité interne** de l'étude a pu être limitée par deux biais principaux.

Premièrement un biais de sélection du fait d'un recrutement de certains des médecins parmi les Maîtres de Stage Universitaires, internes et remplaçants de l'entourage des chercheuses. Les Maîtres de Stage, par leur engagement universitaire et leur contact avec

les jeunes générations, pouvaient être particulièrement sensibilisés aux approches nouvelles de la médecine générale. De plus, le recrutement a été limité à quatre départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées pour une facilité logistique.

Deuxièmement un biais d'interprétation limité grâce à plusieurs précautions :

- Un travail constant de réflexivité ;
- L'enregistrement audio de l'intégralité des entretiens collectifs qui a permis de revenir sur les dires des participants en cas de doute ;
- Le relevé rigoureux des données non verbales qui a permis une analyse plus objective des échanges ;
- La double lecture et l'écriture à quatre mains avec possibilité de triangulation avec les directeurs de thèse en cas de divergence.

La validité externe d'un travail de recherche est évaluée par la cohérence des résultats avec les résultats de la littérature sur une même thématique de recherche. Les recherches bibliographiques effectuées au long du travail de recherche ont montré un certain nombre de similitudes.

Les résultats sont appuyés par un travail de revue narrative de la littérature pour le mémoire du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'une des chercheuses sur ce sujet.

B. Discussion des résultats

I. Préambule de la discussion

En élaborant leur question de recherche, les chercheuses ont constaté que la majorité des études interrogeant les médecins généralistes sur la télémédecine aboutissaient à l'expression de craintes et de résistances, quelle que soit la problématique exacte de recherche (8) (9) (10) (11).

Lors de l'étude, les chercheuses souhaitaient envisager la question différemment. La problématique n'était pas de savoir ce que les médecins pensaient de la télémédecine, mais ce qu'il faudrait leur apporter pour qu'ils s'y investissent.

Malgré cette approche incitative, les résultats restaient similaires aux études menées précédemment.

Il persistait notamment une faible connaissance des médecins interrogés concernant la télémédecine et surtout sa mise en pratique. Cela semblait être à l'origine de l'expression des freins à leur investissement dans des projets de télémédecine. La plupart des médecins ne s'imaginaient pas comment intégrer la télémédecine dans leur pratique quotidienne.

L'étude a pourtant été menée dans les quatre mois précédant la reconnaissance de la téléconsultation par l'Assurance Maladie (coup d'envoi le 15 septembre 2018) (6). Un seul médecin sur les 29 interrogés semblait informé de cette mesure imminente.

Dans son étude datant de 2015, alors que la reconnaissance de la téléconsultation en libéral était déjà en discussion, Didier M constatait également une connaissance imprécise des médecins généralistes en matière de télémédecine (10) : « S'ils sont 78% à être au courant qu'il existe des projets de télémédecine en France, ils ne sont plus que 45,1% à savoir que des projets de téléconsultation en libéral vont démarrer. »

L'analyse des résultats obtenus a conduit les chercheuses à s'interroger : pourquoi des résultats identiques, malgré une approche volontairement différente et un contexte actuel d'une télémédecine en plein développement ?

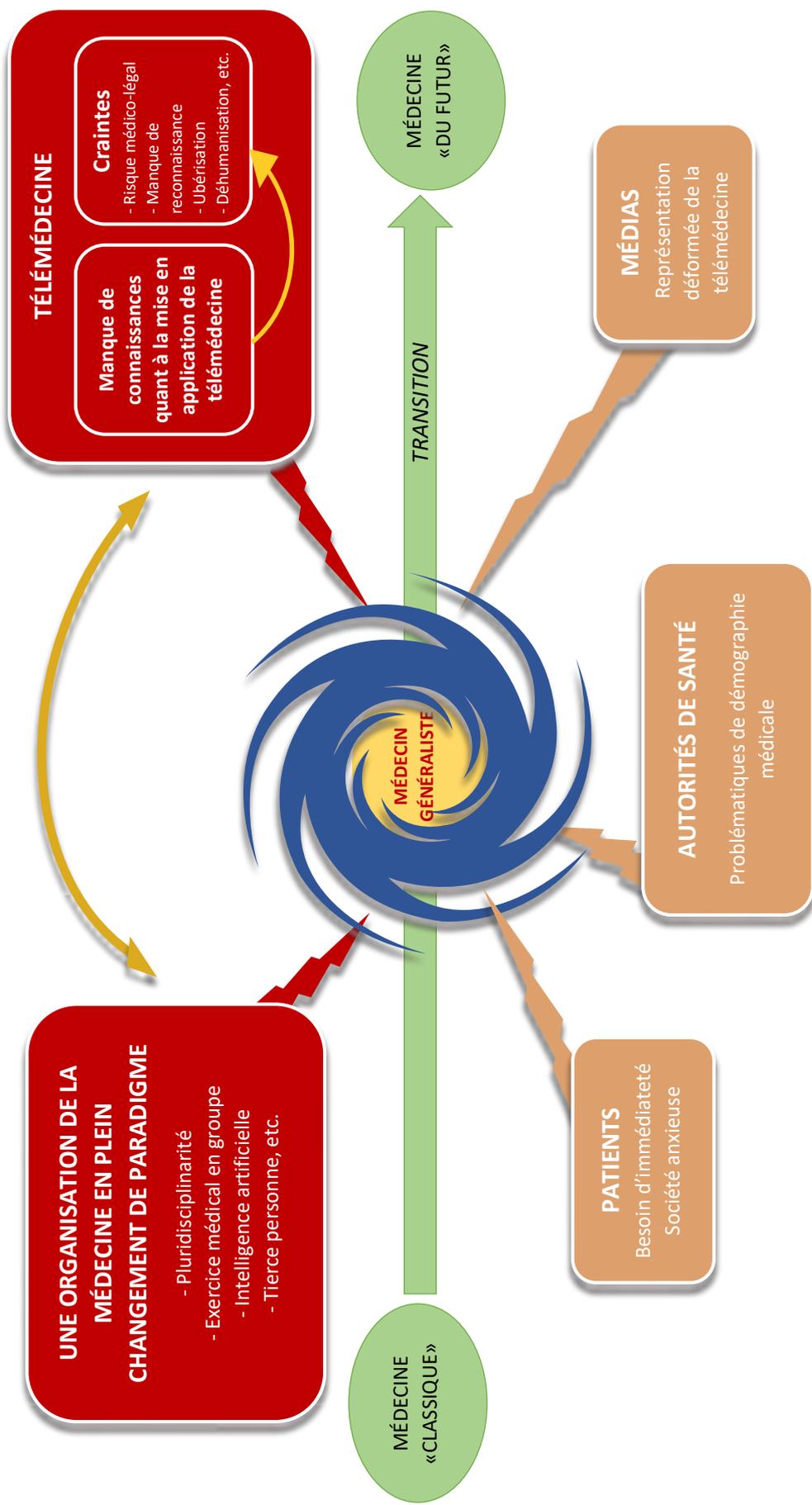
II. La médecine générale française : évolutions et changement de paradigme

L'expansion des outils numériques dans les domaines du quotidien est à l'origine d'une profonde restructuration des modes de communication.

Toutes les sphères de la société sont impactées et la médecine générale n'est pas en reste. Cette dernière connaît depuis quelques années un profond bouleversement de paradigme.

La médecine générale française, attachée à sa tradition clinique, connaît actuellement une transition vers une nouvelle forme de pratique. Le médecin généraliste d'aujourd'hui est irrémédiablement confronté aux turbulences générées par les changements sociétaux. La pression est forte et il doit s'adapter.

La télémédecine fait partie intégrante de ces changements imposés par la société actuelle.



SCHEMA 1 : Le médecin généraliste pris dans les turbulences des évolutions de la société actuelle, subissant des pressions diverses.

Sa mise en pratique complexe génère de nombreuses craintes, à l'origine d'une résistance au changement d'une majorité des médecins généralistes libéraux. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux a décrit ce phénomène dans un rapport de 2012, au travers du retour d'expérience de 25 projets de télémédecine (14).

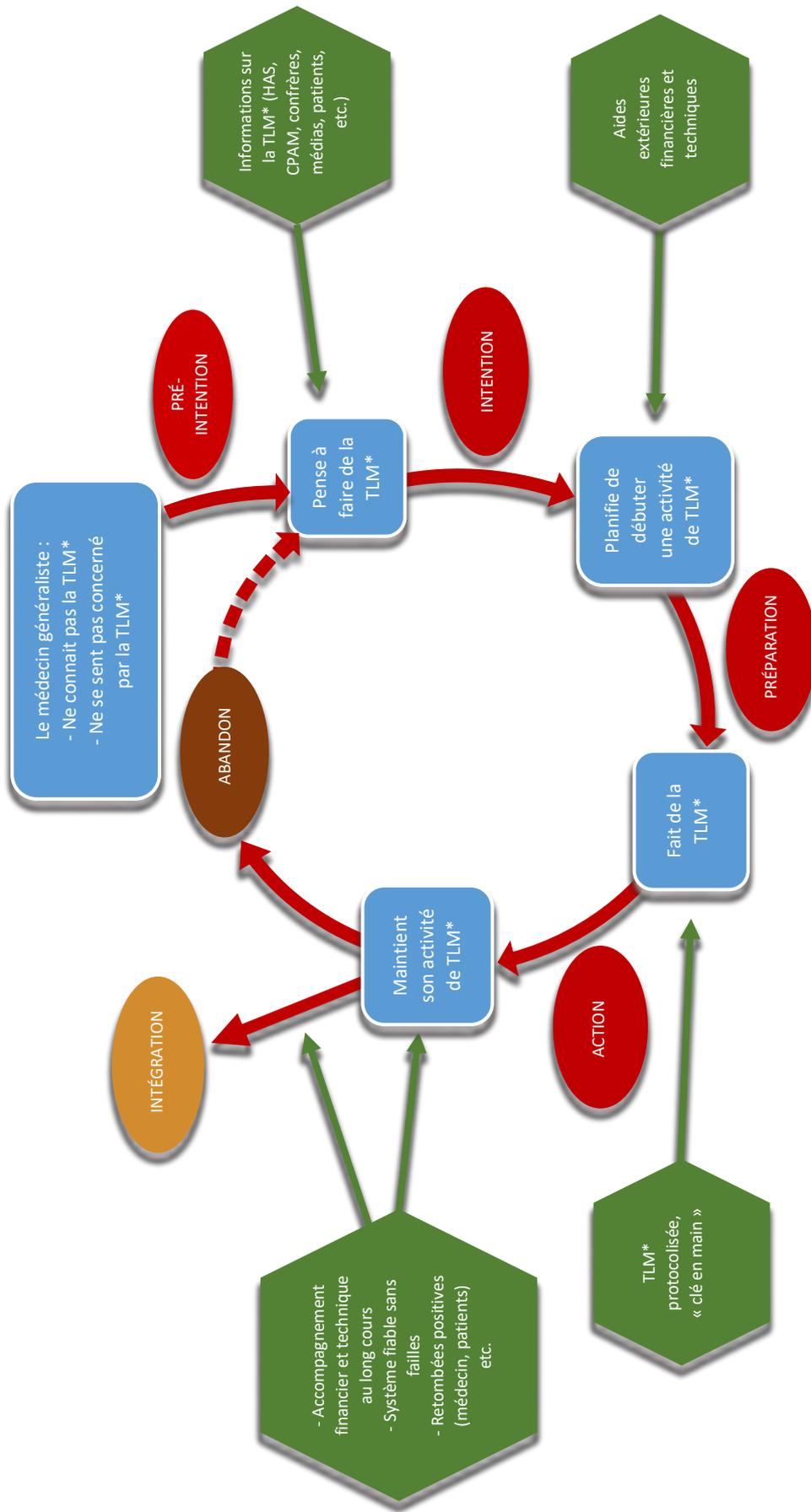
Dans ce rapport, elle détaille les différents freins rencontrés et parle notamment de la résistance au changement des professionnels de santé en ces termes :

« La télémédecine modifie en profondeur les organisations médicales habituelles de prise en charge des patients, et la manière de réaliser les actes médicaux. Ainsi, les médecins français qui ont reçu depuis plusieurs générations la tradition d'une médecine clinique réputée, au contact direct avec le malade, ont probablement plus de difficultés que les médecins d'autres pays, à moins forte tradition clinique, à envisager la médecine à distance avec l'aide des technologies numériques. C'est pour eux un choc culturel. »

Simon P, dans son ouvrage « Télémédecine - Enjeux et Pratiques » (2015) (13), rappelle également que l'approche clinique de la télémédecine est une spécificité française. La télémédecine ferait évoluer les médecins vers un paradigme inconnu.

Suite à ces considérations, les chercheuses ont proposé un parallèle entre les étapes nécessaires à un changement de pratique des médecins généralistes français et les étapes successives d'un changement de comportement décrites par le cycle de Prochaska et Di Clemente en 1983 (15) (16).

Il s'agit d'un modèle décrivant les étapes psychologiques successives que peut rencontrer un individu lors d'une tentative de changement, face à un comportement ancré dans son quotidien. Il pourrait s'adapter à la réflexion des chercheuses sur la difficulté des médecins généralistes à changer leur pratique quotidienne afin d'y intégrer la télémédecine.



*TLM : Télémédecine

SCHEMA 2 : Essai d'application du modèle de Prochaska et Di Clemente au changement de comportement en faveur de l'intégration de la télémedecine dans la pratique médicale (15) (16).

III. Propositions pour pallier les craintes et résistances

Dans l'échantillon étudié, un seul médecin était complètement réfractaire à l'idée de voir son mode d'exercice évoluer, contre 33% dans l'article de Durupt M et al. datant de 2016 (8). Malgré une connaissance imprécise de la télémédecine, les médecins interrogés ont engagé des débats constructifs autour de sa mise en application.

Dans l'éventualité d'un parallèle avec le cycle de Prochaska et Di Clemente, il serait possible de conclure que les médecins interrogés lors de cette étude se situaient dans une phase d'intention. Pour que la transition se fasse le plus sereinement possible, des aides concrètes devraient leur être apportées. Diverses propositions ont émané du discours des médecins.

1. Face à une faible connaissance de la télémédecine : une information et une formation adaptées

Les projets de télémédecine ne peuvent être viables et durables que s'ils ont l'adhésion des protagonistes (14) (17). Afin d'obtenir cette adhésion, l'étape prioritaire serait d'informer et de former les médecins.

Les médecins interrogés déploraient un manque de temps en lien avec un quotidien déjà surchargé.

D'une part, ils manquaient de temps pour se tenir informés des nouveautés. Un parallèle peut être fait avec l'étude de Jarlot L, menée en Rhône-Alpes entre 2013 et 2016, qui étudiait les freins à l'application des recommandations en médecine générale. Les médecins estimaient ne pas avoir le temps de s'informer et « faire le tri » face à des recommandations d'évolution rapide (18).

D'autre part, ils manquaient de temps pour intégrer des activités de télémédecine à leur pratique quotidienne.

Les médecins sembleraient donc manquer de disponibilité pour envisager un changement. L'enjeu serait de déterminer sous quelles formes les informations et les formations devraient être délivrées et intégrées à leur quotidien.

- *Médecins en apprentissage :*

Il semblerait primordial de former les étudiants au cours du cursus universitaire, à une période où ils ont une entière disponibilité pour intégrer cette nouvelle pratique. Cette proposition était déjà formulée dans le rapport de Simon P et Acker D en 2008 (19) et dans le rapport de 2009 de Lasbordes P (20). Pour les externes en médecine, on pourrait proposer la création d'un item « Télémédecine » à l'Examen Classant National. Pour les internes et remplaçants, la promotion de Diplômes Inter Universitaires semblerait adaptée. La Société Française de Télémédecine (21) propose depuis 2016 un Diplôme Inter Universitaire de télémédecine.

- *Médecins en exercice :*

Un autre enjeu serait d'aider les médecins déjà en exercice à intégrer les nouveaux concepts au sein de leur quotidien.

Dans un premier temps, il s'agirait d'assurer une sensibilisation à la télémédecine. Une des médecins interrogés affirmait qu'elle adhérerait à de la télémédecine si on lui apportait une information sur les outils existants, avec des rappels réguliers. Des visites médicales régulières par des intervenants de la HAS pourraient être une solution adaptée.

Ensuite, pour les médecins y voyant un intérêt, il faudrait assurer une aide pratique à la mise en place de projets au sein de leurs cabinets. Cette aide devrait être équitablement proposée sur le territoire.

Enfin, il faudrait permettre aux médecins investis dans des activités de télémédecine d'avoir une mise à jour régulière de leurs connaissances, par exemple via le DIU décrit ci-dessus. Il est inscrit au Développement Professionnel Continu, permettant au médecin de valoriser sa formation auprès de l'Ordre des Médecins.

Des journées ou soirées de Formation Médicale Continue inscrites au Développement Professionnel Continu pourraient également être proposées, ainsi que des formations par internet. Le but serait de s'adapter aux conditions de travail des médecins ne trouvant pas le temps de suivre un DIU complet, ou souhaitant réactualiser leurs connaissances.

Les modalités précises d'information et de formation à la télémédecine susceptibles d'attirer les médecins en apprentissage et en exercice gagneraient à être déterminées. Cela pourrait constituer un travail de recherche ultérieur.

2. Face à une télémédecine « sauvage » : un besoin de cadre

Lors des entretiens, après la distribution d'une fiche définissant les grands axes de la télémédecine, les médecins ont réalisé qu'ils pratiquaient certaines formes de télémédecine au quotidien.

Cependant ils reconnaissaient pratiquer cette télémédecine « un petit peu "à l'arrache" des fois. » A4. Ils ont exprimé le besoin d'une évolution de leur activité de télémédecine « sauvage » A4 vers une télémédecine « officielle » D5.

Plutôt que de proposer des concepts technologiques novateurs, ils ont insisté sur la nécessité de mieux cadrer la pratique d'une télémédecine déjà existante.

a. Face au risque médico-légal : la demande d'une télémédecine protocolisée

Le risque médico-légal est inhérent à la pratique médicale.

Les médecins interrogés ont eu un discours clair : si la télémédecine les exposait à davantage de risques judiciaires, ils refuseraient de s'y investir. Le cadre juridique actuel ne leur paraissait pas adapté à cette pratique inhabituelle, différente du colloque singulier. Dans son travail de thèse, Carré E décrivait également l'inquiétude des médecins à engager leur responsabilité sans examen clinique (11).

Les médecins se demandaient comment cadrer le partage de responsabilités entre confrères, la prise de décision sans examen clinique et le secret médical. Ils demandaient un cadre médico-légal adapté à la télémédecine, cohérent et rigoureux, avec des protocoles. Ils souhaitaient une transparence sur le traitement des données.

Le même besoin de clarification était exprimé dès 2008 (19). Des avancées juridiques depuis 2008 ont eu lieu en matière de responsabilités (3) (22) (23) et de sécurité des données (24) (25).

Concernant la sécurité des données, l'orientation « tout numérique » impose la mise en place d'un système de sécurisation des données le plus performant possible, eu égard au risque de dérives.

Il apparaîtrait que, plutôt qu'une information seule sur les avancées récentes en matière de cadre médico-légal, les médecins attendraient qu'on leur apporte une solution de télémédecine encadrée. Une télémédecine déjà protocolisée, avec l'assurance d'une réflexion préalable sur la gestion des risques médico-légaux.

Sur son site internet, l'Assurance Maladie précisait en février 2019 que « des solutions de télémédecine complètes et répondant aux exigences de sécurité vont se développer progressivement » (26). Les bilans dans les mois à venir permettront d'évaluer si des solutions concrètes ont pu être apportées.

b. Face à un manque de reconnaissance : un besoin de valorisation

Un des principaux freins exprimés par les médecins libéraux interrogés, dans cette étude comme dans les précédentes (8) (27), concernait la rémunération des actes de télémédecine. Au-delà d'une valorisation financière, il s'agissait d'une reconnaissance du travail déployé en dehors des consultations en colloque singulier, parfois mésestimé.

Les médecins exprimaient la nécessité d'une cotation spécifique de l'acte de télémédecine par l'Assurance Maladie. L'article de Durupt M et al. rapportait déjà, en 2016, la demande d'une cotation et d'une rémunération forfaitaire de l'acte de télémédecine (8).

Un changement a été amorcé peu après le dernier entretien collectif.

Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation de médecine générale est remboursée. La condition du remboursement est le respect du parcours de soins coordonné. Son tarif est le même que celui d'une consultation classique (6).

Depuis le 10 février 2019, la téléexpertise est remboursée. Pour le moment le remboursement est sous conditions : Affections de Longue Durée, maladies rares, zones sous-denses, Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), détenus. La téléexpertise devrait être élargie à l'ensemble des patients à partir de 2020. La rémunération du médecin requis varie de 12 à 20 euros selon le niveau 1 ou 2 de l'expertise (7).

Les premiers bilans, dans les mois à venir, permettront d'apprécier si ces avancées ont amorcé un changement dans les pratiques des médecins généralistes libéraux.

c. Face au risque d'ubérisation : une télémédecine coordonnée par les pouvoirs publics

Les médecins interrogés s'accordaient sur une préférence pour une télémédecine développée par les pouvoirs publics plutôt que par des sociétés privées. Ils voyaient dans ces dernières un risque de mercantilisme. Cela conforte les résultats de la grande consultation menée par le CNOM en 2015 auprès de 35000 médecins. Pour 61% d'entre eux, le système de santé devait rester piloté par les pouvoirs publics (28).

Les médecins craignaient une ubérisation de la médecine et des prestations médicales. Conscient du risque de dérives, le CNOM, dans un rapport publié en 2016 et complété en 2018, a réclamé la réglementation de la télémédecine et une meilleure régulation des offres émanant des sociétés privées (29).

Toutefois, les médecins reconnaissent l'efficacité et la rapidité des sociétés privées.

En 2010, une enquête a été réalisée par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé) et la Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication (FIEEC) sur les modes de gouvernance de programmes de télémédecine dans six pays européens (17). L'enquête a montré que leur réussite était en partie liée à la collaboration entre les pouvoirs publics et les industries privées d'une part, et les professionnels de santé d'autre part. Des projets pérennes résultant d'une coopération étroite entre des sociétés privées et les pouvoirs publics ont également été décrits dans le rapport de l'ANAP de 2012 passant à la loupe 25 travaux matures de télémédecine (30).

De la même manière, pour des projets de télémédecine en libéral, on pourrait imaginer une collaboration entre pouvoirs publics et sociétés privées, tout en gardant une régulation et un pilotage par les instances publiques.

d. Face à l'hétérogénéité des moyens de communication : le besoin d'un outil unique

Les médecins déploraient un trop grand nombre d'outils de communication entre correspondants de santé (médecins spécialistes, médecins généralistes, personnels paramédicaux, etc.). Ils déploraient un investissement trop inégal des leurs correspondants lors des échanges à distance.

Ils ont exprimé le besoin d'un outil commun à ces acteurs, qui devait remplir plusieurs conditions.

D'abord, permettre aux acteurs de santé d'un même secteur d'avoir accès au dossier du patient. Les médecins proposaient un dossier médical consultable par tous, en permanence, à distance (via smartphone, par exemple).

Ensuite, référencer les correspondants informés, formés et impliqués dans la télémédecine. Les médecins rappelaient l'importance d'avoir un réseau de correspondants « de secteur ».

Enfin, permettre une plate-forme commune d'échanges entre acteurs de santé.

Le but final était de garantir un système intuitif, dans une optique d'efficacité et de simplicité d'utilisation.

De tels outils existent-ils déjà ?

Le DMP a été évoqué par un médecin, qui a demandé si c'était de la télémédecine. Ce dossier médical unique, financé par l'Assurance Maladie, est accessible à tous les professionnels de santé avec l'accord du patient. Présenté pour la première fois en 2004, c'est un outil au développement chaotique, contesté et encore peu exploité par les médecins (31).

L'idée initiale semblerait pourtant répondre aux attentes des médecins interrogés. L'un d'eux y reconnaissait un bénéfice pour la coordination des soins lors de prises en charge pluridisciplinaires. Woessner M, dans sa thèse faisant état de la télémédecine en libéral dans le Grand Est en 2018, ajoutait que le DMP semblait être « l'outil idéal » pour stocker les données d'une téléconsultation (32).

Pourquoi cette faible adhésion malgré le potentiel de l'outil ? La généralisation du DMP a été annoncée en octobre 2018 par les autorités de santé, qui projettent d'en ouvrir plusieurs dizaines de millions d'ici 2022 (33). Il semblerait toutefois intéressant d'accompagner cette mesure d'une enquête auprès des principaux protagonistes.

Le DMP correspondrait-il aux attentes des médecins ? Si oui, on constaterait à nouveau une faible connaissance des outils proposés, et il conviendrait d'informer et de former les médecins. Faudrait-il l'améliorer pour l'adapter à leurs besoins organisationnels ? Serait-il inadapté ? Il faudrait alors solliciter les médecins pour créer, avec eux, un outil centralisé et intuitif.

3. Face à une médecine en transition : un changement de paradigme envisagé par les médecins

Certaines solutions évoquées par les médecins constituaient un véritable changement de paradigme dans leur pratique, s'inscrivant dans une médecine en transition.

a. Une pratique pluridisciplinaire de la télémédecine

Aujourd'hui, la majorité des projets de télémédecine est d'initiative hospitalière (30). Le travail d'équipe et la participation active du personnel paramédical fluidifient le processus et déchargent le médecin de tâches chronophages (installation du patient, transfert d'images et de données médicales, ...).

De même, les médecins interrogés estimaient qu'en médecine libérale l'exercice médical en groupe et le travail en pluridisciplinarité semblaient plus adaptés au développement de la télémédecine qu'une pratique en cabinet seul.

Ils percevaient une appétence des jeunes générations pour le travail en équipe, vu comme un moyen de rompre leur isolement géographique et psychologique. Depuis les années 2000, deux tiers des médecins de moins de 40 ans choisissent l'exercice de groupe (34). Le développement des MSP accompagne ce mouvement : en 2016 elles étaient un millier, contre 170 en 2012 (35).

- *Pour un financement pérenne de la télémédecine : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)*

Certains des médecins interrogés se questionnaient sur l'intérêt d'investir dans la télémédecine.

En ce sens, les MSP leur semblaient plus adaptées. La mutualisation des investissements leur apparaissait moins risquée. Cependant, ils attendaient d'avoir l'assurance de bénéficier d'aides financières de l'Etat pour s'investir dans la télémédecine.

Une évolution est amorcée.

Le projet de loi « Ma Santé 2022 » souhaite accélérer la création de maisons et de centres de santé et définir des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour organiser les soins de ville (36).

Des aides financières à la création de MSP existent déjà. A titre d'exemple, l'Assurance Maladie propose une rémunération conventionnelle, basée sur des indicateurs. Une aide à l'équipement en télémédecine est proposée aux médecins libéraux, par le biais de deux nouveaux indicateurs inscrits au « Forfait Structure ». Cette aide a été actée en 2019, pour un versement dès 2020 (26).

- *Pour un gain de temps : le concours du tiers paramédical*

Suivant l'idée que la télémédecine représentait une activité chronophage au sein de plannings déjà surchargés, les médecins ont évoqué le rôle du tiers paramédical (« infirmière clinicienne » A6, « assistant » D5). Il émanait des discussions une ambiguïté quant à la place de ce tiers.

Certains médecins y voyaient un risque pour leur rôle de pivot dans la relation médecin-malade, notamment par la perte de l'examen clinique.

Pour d'autres, le rôle du tiers paramédical semblait opportun pour le développement et la mise en pratique de la télémédecine.

Premièrement, grâce à la délégation de tâches, il libérerait du temps (administratif ou technique) au médecin pour qu'il puisse s'investir dans la télémédecine.

Deuxièmement, le tiers pourrait lui-même être acteur de télémédecine (lors de la télésurveillance, par exemple).

Enfin, il pourrait aider à la mise en place de la télémédecine sur le plan matériel (accompagnement du patient lors de la téléconsultation, réalisation d'examens pour la téléexpertise, ...).

Dans la thèse de Durupt M et al., la présence de paramédicaux était aussi envisagée pour faciliter l'usage de la télémédecine (8). Dans son ouvrage « Télémédecine - Enjeux et

Pratiques » (2015), Simon P rappelle l'importance du professionnel de santé non médical en EHPAD ou lors de télésurveillance de malades chroniques (13).

Des projets sont déjà en construction.

Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 définit l'exercice des infirmiers de pratique avancée (37). Il s'agit d'infirmiers diplômés qui devront valider un master de 2 ans. Ils acquerront des connaissances théoriques et cliniques permettant d'élargir leurs champs de compétences, leur savoir-faire et leur autonomie face à des solutions médicales complexes.

Par ailleurs, le projet de loi « Ma Santé 2022 » propose la formation de 4000 assistants médicaux d'ici fin 2022 (36). Cependant ces mesures ne font pas l'unanimité et sont en cours de négociation entre les syndicats et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

A l'avenir, le tiers paramédical pourrait occuper une place considérable dans la télémédecine.

b. La place de l'intelligence artificielle

Les médecins ont évoqué l'intelligence artificielle. Selon un article de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) datant de juillet 2018 : « L'[intelligence artificielle] est (...) au cœur de la médecine du futur, avec les opérations assistées, le suivi des patients à distance, les traitements personnalisés grâce au recoupement d'un nombre croissant de données (*big data*), etc. ».

On peut donner l'exemple des applications de « deep learning » utilisées en dermatologie ou en rétinographie. Il s'agit d'algorithmes capables d'identifier une anomalie sur l'image prise auprès du patient et d'aider le médecin à la prise de décision diagnostique et thérapeutique (38).

Là où certains médecins craignaient d'être remplacés par des machines, d'autres y voyaient une assistance précieuse. Selon ces derniers, l'aide apportée dans leur prise de décision permettrait de limiter les aléas liés à l'humain. Ils estimaient qu'en l'intégrant correctement à son référentiel, le médecin ne perdrait pas son rôle premier dans l'examen clinique, l'interprétation des données et l'annonce du diagnostic.

D'ici quelques années, c'est l'intégration de l'intelligence artificielle dans la pratique médicale qu'il faudra probablement étudier.

IV. Un souhait fondamental : une télémédecine pratiquée à bon escient

Bien que peu informés, les médecins n'étaient pour la plupart pas réfractaires à la télémédecine, qu'ils percevaient comme imminente. Cependant leur conclusion était unanime : ils voulaient une télémédecine utilisée à bon escient.

1. Un outil mais pas « La solution miracle »

Les médecins interrogés s'accordaient sur l'idée que la télémédecine n'était pas « La solution miracle » pour transiter vers une médecine du futur. Elle était considérée comme un simple outil dans une société évoluant avec les nouvelles technologies.

Le système de santé actuel est confronté à de nombreux enjeux épidémiologiques tels que le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et le virage ambulatoire de la médecine (39).

Les médecins constataient que la télémédecine seule n'était pas de taille à endiguer ces enjeux. Ils rappelaient que la première des solutions était d'augmenter le nombre de médecins. « ...Mais ils, enfin, c'est toujours pareil, ça fait trente ans qu'on leur dit qu'on manque de généralistes ! S'ils en avaient formé suffisamment on n'en serait pas là... » D4.

Dans l'étude de Didier M en 2015, un médecin interrogé expliquait qu'il valait mieux inciter les jeunes à s'installer plutôt qu'investir dans de nouvelles technologies (10). En 2017, le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) (40), représentant les usagers et les malades au niveau national, rappelait qu'« en aucun cas la télémédecine ne doit servir à pallier la carence de l'offre médicale de proximité. »

La télémédecine apparaîtrait donc comme une plus-value dans l'arsenal de soins, à condition qu'on ne renonce pas à des mesures en faveur d'une répartition harmonieuse des médecins sur le territoire français.

2. Refus d'une médecine « de confort »

Les médecins interrogés s'inscrivaient dans le cadre d'un exercice médical « hippocratique » : ils imaginaient une télé médecine rendant un égal service à tous les patients et aidant en particulier les patients âgés ou polypathologiques, isolés ou difficiles à déplacer. Plusieurs travaux de thèse rapportent également que la télé médecine était vue par les médecins généralistes comme un moyen de « rapprocher la campagne de la ville » et de s'affranchir des distances (8) (9). Ils valorisaient les téléconsultations dans des structures de proximité ou en EHPAD dans les zones isolées.

Un entretien publié dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins en 2018 décrit les résultats de l'étude « Detect », évaluant des téléconsultations de 2013 à 2016 entre le Gérontopôle et plusieurs EHPAD de Toulouse. Cette pratique est apparue bénéfique, tant pour l'amélioration de la prise en charge médicale du patient et son bien-être que pour l'amélioration des connaissances du personnel soignant (41).

En revanche, la crainte des médecins interrogés était de dériver vers une médecine « de confort », dépannant le patient connecté et pressé. Ils ont exprimé le refus d'une télé médecine « gadget », citant en exemple des cabines de téléconsultation créées au sein d'entreprises privées, dans le centre de grandes villes.

Le risque de la téléconsultation est d'exclure les usagers éloignés du numérique (42). L'enjeu serait donc de proposer des solutions adaptées à tous.

Les pharmacies pourraient contribuer au développement de la téléconsultation de proximité. Les conditions de déploiement de la téléconsultation en officine sont précisées dans l'avenant 15 à la convention nationale pharmaceutique de 2012 (43), signé le 6 décembre 2018 et actuellement en cours d'approbation ministérielle (parution d'un arrêté attendue) (44).

Des espaces de téléconsultation pourraient également être imaginés dans des structures publiques de zones isolées : poste, mairie, etc. Si l'EHPAD local est équipé pour la téléconsultation, on pourrait y imaginer des consultations pour les patients extérieurs, dans le but de « démocratiser la télé médecine ».

V. Proposition : une télémédecine « clé en main »

Une manière de favoriser l'investissement des médecins généralistes libéraux dans des projets de télémédecine pourrait être de leur proposer une solution « clé en main » : une télémédecine protocolisée et standardisée, aux rouages huilés, où ils seraient secondés par des experts. Ces derniers les guideraient dans la mise en place du projet et permettraient un suivi au long cours.

Cela limiterait la problématique du manque de temps. Cette solution apporterait aux médecins un cadre, face à leurs craintes à s'engager dans un projet imprécis et peu engageant à première vue.

De plus, les médecins auraient besoin de voir des projets qui fonctionnent déjà, qui ont déjà été testés par des confrères. Leur montrer que les projets fonctionnent ailleurs pourrait faciliter leur adhésion.

Cela permettrait un accompagnement global, pour aider les médecins qui le souhaitent à inscrire durablement la télémédecine au sein de leur pratique.

Pour finir, une citation.

D4 : « Je dirais qu'on est dans un monde un petit peu mouvant, à la frontière entre deux médecines, la médecine qu'on connaissait jusqu'à présent, et puis, avec tous les moyens informatiques, une médecine qui va être différente. C'est surtout un vœu, j'espère que... ça se passera au mieux pour les patients, et que dans tout ça, le médecin généraliste restera le maître... des décisions. C'est un vœu. »

(Silence recueilli)

D2 : « Merci pour ton vœu. » **(Rires)** « Ainsi soit-il. »

CONCLUSION

Dans une société où les outils de communication évoluent à grande vitesse, la médecine générale libérale connaît des modifications importantes dans l'organisation de sa pratique.

Le médecin doit s'adapter au changement de paradigme qui lui est imposé.

Pour les médecins généralistes libéraux interrogés, les applications concrètes de la télémédecine dans leur pratique apparaissaient encore abstraites. Même s'ils n'ont pas proposé de concept particulièrement novateur, leurs échanges ont été à l'origine d'idées constructives.

La résistance au changement des médecins français face à la télémédecine a été développée dans la littérature et évoquée dans l'étude. Néanmoins, la télémédecine était perçue par les médecins interrogés comme une des solutions aux enjeux démographiques actuels.

Pour les médecins interrogés, la priorité était d'améliorer l'encadrement de la télémédecine déjà existante.

Pour cela, ils demandaient une reconnaissance et une rémunération des actes de télémédecine. Ils insistaient sur la nécessité d'un cadre médico-légal adapté à la télémédecine. Enfin, ils exprimaient des craintes quant au risque d'ubérisation des soins face à l'avènement des sociétés privées.

Par ailleurs, l'exercice en groupe et pluriprofessionnel est apparu aux médecins comme intimement lié à la télémédecine en opposition à une pratique de la médecine générale relativement solitaire.

D'une part le travail pluriprofessionnel, en particulier dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, favoriserait la mise en place de projets de télémédecine. Le tiers paramédical deviendrait acteur à part entière de la télémédecine.

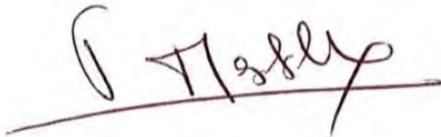
D'autre part la télémédecine faciliterait le travail pluridisciplinaire (avis spécialisés, etc.), limitant l'isolement psychologique et intellectuel des médecins.

L'adhésion des médecins généralistes libéraux à la télémédecine semblerait se heurter à une faible connaissance de ses applications pratiques. Une solution serait de proposer aux médecins des formations concrètes adaptées à leurs pratiques.

Une télémédecine « clé en main » avec une aide à la mise en place de projets et un suivi sur le long terme pourrait aider à inscrire ces projets dans la durée.

Vu

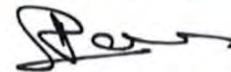
Toulouse le 23/04/2019



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 23/04/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juil 21, 2009. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
3. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
4. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. 2017-1836 déc 30, 2017. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
5. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
6. Assurance Maladie. Télémédecine : l'accord conventionnel est signé. 2018 Juin, 2018. [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/>.
7. Assurance Maladie. La téléexpertise. Février 2019. [Internet]. [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/>.
8. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr. 2016;28(4):487-97.
9. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Bordeaux U.F.R. des sciences médicales; 2017.
10. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Lorraine; 2015.
11. Carré E. Télémédecine : représentations et expériences des médecins généralistes. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université Montpellier I; 2013.
12. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs. Paris: Nathan; 2004.
13. Simon P. Télémédecine : enjeux et pratiques. Brignais: Le Coudrier; 2015.
14. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Le numérique en santé - 25 projets de télémédecine passés à la loupe - Tome 1. 2016.
15. Müller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie ? Forum Med Suisse. 2008;8(35):626-631.

16. HAS. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Di Clemente. 2014.
17. Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication et Agence pour les Systèmes d'Information Partagés en Santé. Enseignements tirés de l'étude FIEEC/ASIP Santé sur la télémédecine & télésanté. 2011.
18. Jarlot L. Les recommandations en médecine générale : freins et facteurs favorisant. Étude qualitative menée auprès de 13 médecins généralistes en Rhône-Alpes entre 2013 et 2016. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
19. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. France: Ministère de la Santé et des Sports DHOS; 2008.
20. Lasbordes P. La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports par Monsieur Pierre Lasbordes, Député de l'Essonne. Paris : la documentation française: Ministère de la Santé et des Sports; 2009.
21. SFTélémed - Société Française de Télémédecine. [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.sf-telemed.org/>.
22. Direction Générale de l'Offre de Soins. Télémédecine et responsabilités juridiques engagées. Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau RH 2 « exercice, déontologie, développement professionnel continu ». France; 2012.
23. Haute Autorité de Santé. Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine. Travail en association avec l'Agence Régionale de Santé et l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé. 2013.
24. Commission Nationale Informatique et Libertés. Les guides de la CNIL - La sécurité des données personnelles. 2018.
25. LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. 2018-493 juin 20, 2018. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
26. Assurance Maladie. Télémédecine : liste des équipements connectés retenus pour le forfait structure 2019. Février 2019. [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/>.
27. Cypriani F. Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Strasbourg; 2014.
28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La grande consultation sur l'avenir du système de santé. France; 2015.
29. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2018.

30. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Le numérique en santé - 25 projets de télémédecine passés à la loupe - Tome 2. 2016.
31. Assurance Maladie. DMP : Le Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>.
32. Woessner M. Télémédecine 2018 : année charnière. Le Grand Est, région pilote. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Strasbourg; 2018.
33. Assurance Maladie. Communiqué de Presse - Le Dossier Médical Partagé est désormais disponible pour tous. 2018.
34. Bachelet M, Mikol F, Mothe J, et al. Panoramas de la DRESS santé. Portrait des professionnels de santé - Edition 2016. Sous la direction du Ministère des Finances et des Comptes Publics, du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et du Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016.
35. Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. Maisons de santé pluriprofessionnelles. [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.cget.gouv.fr/>.
36. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse - Ma santé 2022, un engagement collectif. 2018.
37. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juil 18, 2018. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
38. Scala B. E-santé : La médecine à l'ère du numérique. Science&Santé - Le magazine de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. 2016 fév;(29):22-33.
39. Direction Générale de l'Offre de Soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du Programme Régional de Télémédecine. 2011.
40. Collectif Inter associatif Sur la Santé Télémédecine - Où en sommes-nous ? Où allons-nous ? Note de position du CISS. 2017.
41. Fidel D, Allermoz E. Télémédecine : décollage imminent. Médecins - Le bulletin de l'Ordre national des médecins. 2018 août ;(56) :16-22.
42. Collectif Inter associatif Sur la Santé. Fiche Santé Info Droits Pratique - Droits des malades : La Télémédecine. 2018.
43. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>.
44. Assurance Maladie. Déploiement de la téléconsultation dans les pharmacies. 2018 déc. [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/>.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien, version initiale

1. Présentation de chacun. (*Tour de table*).
2. Quelle est votre expérience de la télémédecine ? (*Tour de table*).
3. Qu'est-ce que la télémédecine pour vous ? (*Attention à faire parler tout le monde et laisser le temps de s'exprimer*).
4. Qu'est-ce que qui vous motiverait à vous impliquer dans des activités de télémédecine ?
5. Comment imaginez-vous votre télémédecine ?
(+/- ajouter : « *Même les idées originales ou farfelues sont les bienvenues / dites ce qui vous passe par la tête* »).
6. Pour vous, qu'est-ce qui serait facilitant pour vous lancer ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

7. Définissez la télémédecine en un mot. (*Tour de table*).

ANNEXE 2 : Guide d'entretien, version modifiée

Légende :

~~Barré~~ : questions supprimées

Gris : questions ajoutées

1. Présentation de chacun. (*Tour de table*).
2. Quelle est votre expérience de la télémédecine ? (*Tour de table*).
3. Qu'est-ce que la télémédecine pour vous ? (*Attention à faire parler tout le monde et laisser le temps de s'exprimer*).
- ~~4. Qu'est-ce que qui vous motiverait à vous impliquer dans des activités de télémédecine ?~~
4. Qu'est-ce qui motiverait ou faciliterait votre implication dans des activités de télémédecine ?

Question de relance (facultative) : qu'est-ce qu'il faudrait qu'on vous apporte concrètement pour que vous y adhérez ?

5. Comment imaginez-vous votre télémédecine ?
(+/- ajouter : « *Même les idées originales ou farfelues sont les bienvenues / dites ce qui vous passe par la tête* »).
- ~~6. Pour vous, qu'est-ce qui serait facilitant pour vous lancer ?~~

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

6. Définissez la télémédecine en un mot. (*Tour de table*).

ANNEXE 3 : Courriel d'invitation à participer aux entretiens

TITRE DU COURRIEL : THESE TELEMEDECINE : ENTRETIEN COLLECTIF A ...

Bonjour à tous,

Nous sommes deux internes en médecine générale à Toulouse, Julia Nadolny et Claire Rahuel.

Nous préparons une thèse qualitative sur la télémédecine. Le but de notre thèse est de recueillir les attentes, ressentis et propositions des médecins généralistes de l'ancienne région Midi- Pyrénées concernant la télémédecine. Et ce, qu'ils soient en cabinet de groupe ou seuls, ayant déjà ou non des expériences en la matière.

Pour cela nous organisons des entretiens collectifs (« focus groups ») dans divers départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Le prochain se déroulera à... et c'est pour vous proposer d'y participer que nous vous contactons.

Un focus group est une réunion de médecins au cours de laquelle nous animerons un débat lors duquel vous pourrez exprimer vos idées (ou bien dire que vous n'avez pas particulièrement d'idées ou que cela ne vous intéresse pas ! Tous les avis sont importants et exploitables pour nous).

La réunion sera enregistrée pour nous permettre ensuite d'en retranscrire le contenu et d'en extraire des « idées-clés ». Nous vous garantissons le respect total de l'anonymat des intervenants.

Si vous participez, nous ne manquerons pas de vous faire parvenir les résultats de nos recherches, en vous procurant notre thèse une fois le travail terminé. Nous organisons donc un entretien collectif à (ville), le (date), à (heure), à (lieu précis).

Adresse : ...

Nous prévoyons d'apporter un buffet dinatoire. Cela vous intéresserait-il de participer ? Nous aurions besoin de 8 à 12 participants.

Merci de nous confirmer rapidement si vous pouvez venir ou non. Votre participation est précieuse pour l'avancée de notre thèse !

En vous remerciant,

Claire RAHUEL : (numéro de téléphone portable)
Julia NADOLNY : (numéro de téléphone portable)

ANNEXE 4 : Fiche signalétique - Données socio-épidémiologiques et installations numériques des cabinets médicaux

FICHE SIGNALÉTIQUE

La participation à cet entretien collectif est anonyme.

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

- Nom / prénom : _____ Sexe : Masculin Féminin
- Age : _____ Ville/secteur d'exercice : _____
- Statut professionnel : Installé en cabinet. Date de l'année d'installation : _____
 Médecin remplaçant Interne
- Année d'inscription au tableau de l'ordre des médecins (si thésé) : _____
- Type de cabinet : Cabinet de groupe Seul
 Maison de santé pluridisciplinaire : *autres professions dans la MSP* : _____
- Type de secrétariat : Secrétaire sur place Secrétariat
 Pas de secrétariat Autre : _____
- Zone d'exercice : Zone urbaine Zone semi-rurale Zone rurale
- Mode d'exercice : Salarié uniquement Libéral uniquement Libéral et salarié
- Activité : Mixte (cabinet + PMI/hôpital/autres structures) Cabinet uniquement
- Orientation d'exercice (DESC, DIU, capacité, formations annexes ...) : _____
- Équipement au cabinet : Ordinateur fixe : oui non
Connexion internet au cabinet : oui non
- Autres équipements :
- Ordinateur portable
 - Connexion au dossier patient lors des visites - *Si oui, par quel moyen ?* _____
 - Scanner (numérisation de documents)
 - Fax
 - Smartphone
 - Tablette numérique (type Ipad®)
 - ECG portable
 - Serveur d'archivage de données des patients (type Hellodoc®, Axisanté®, ...)
 - Serveur de transmission de résultats d'analyses (type Hprim®, ...)
 - Messagerie de santé pour transmission de comptes rendus médicaux (type Medimail®)
 - Possibilité de télétransmission d'examens médicaux :
 - ECG EFR photos numériques
 - Autres : _____

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

ANNEXE 5 : Formulaire d'information et recueil de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION

Bonjour,

Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre travail de recherche concernant la télémédecine.

Nous souhaitons évaluer les connaissances des médecins généralistes libéraux sur ce sujet, et surtout tenter de faire émerger des solutions nouvelles afin de faciliter l'introduction de projets de télémédecine dans la pratique quotidienne de chacun.

Pour cela, nous allons réaliser un entretien collectif, au cours duquel l'avis de chacun sera sollicité. Nous avons fait le choix d'un entretien collectif plutôt qu'individuel, car l'émulation de groupe et les échanges peuvent être fructueux et peuvent nous permettre l'obtention de données constructives pour notre étude.

Ce recueil d'informations est anonyme. Nous n'utiliserons ni vos noms ni aucune information personnelle pour cette étude. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser. Si vous décidez de participer, vous pouvez quitter la discussion à tout moment.

Déroulement : nous lancerons des sujets, poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons pas vos paroles. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Cette séance durera entre 1h30 et 2 heures selon ce que vous allez nous dire. Nous laisserons libre cours à la parole de chacun. Cependant, dans un souci de partialité et de favoritisme des échanges, la séance sera animée par une personne tierce ou par l'une des chercheuses ; cette dernière pourra intervenir afin que le temps de parole de chacun soit réparti le plus équitablement possible entre l'ensemble des participants.

Les personnes présentes seront : Claire Rahuel et Julia Nadolny.

La séance sera enregistrée par du matériel audio uniquement. Nous ne ferons pas écouter ces enregistrements à des personnes extérieures à l'étude. Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée sans que votre identité ne soit dévoilée. Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez.

Vous ne serez pas rémunérés mais nous vous proposerons une collation avant l'entretien collectif. Si vous êtes d'accord pour participer, merci de signer le formulaire de consentement ci-après.

Les personnes qui réalisent l'enquête vont signer pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation.

Date, lieu et heure :

Noms et prénoms des chercheuses :

Signatures :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

J'accepte de participer à l'étude sur le ressenti et les approches des médecins généralistes libéraux concernant la télémédecine.

Date :

Nom et prénom :

Signature :

Déclarations de conflits d'intérêts : les chercheuses, Claire Rahuel et Julia Nadolny, déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

ANNEXE 6 : Discours d'introduction des entretiens collectifs

Bonsoir à toutes et à tous,

Avant tout, merci encore de vous être déplacés et d'avoir pris du temps pour aider à l'élaboration de notre travail de thèse. Nous vous ferons parvenir les résultats définitifs de notre travail une fois notre thèse rédigée.

Vous allez ce soir participer à une discussion autour du sujet de la télémédecine.

L'entretien se déroule de façon collective car les études ont montré que l'émulation de groupe permettait d'obtenir de meilleurs résultats lorsque les personnes interrogées pouvaient échanger leurs connaissances et leurs points de vue. Cette discussion, qui fera suite aux diverses questions ouvertes que je vais vous poser, se déroulera entre vous.

Notre position est d'observer, enregistrer et relever le déroulement du focus group. Nous n'interviendrons pas sur le sujet en lui-même et ne participerons pas à la discussion.

Je vous rappelle donc que l'entretien collectif sera enregistré de manière audio. Nous ne lancerons l'enregistrement lorsque vous serez prêts et nous vous informerons du départ et de la fin.

Cette discussion autour de la télémédecine n'a pas pour but une recherche de consensus. Bien au contraire, nous recherchons la diversité des opinions que ce sujet soulève chez les médecins généralistes libéraux.

Je me chargerai d'animer cet entretien. Je poserai les grandes questions et aurai pour seul rôle de m'assurer que tout le monde puisse intervenir. Nous avons affiché un tableau afin de noter les idées principales qui ressortiront de cet entretien.

Nous allons débiter par un tour de table afin que chacun se présente. Puis nous débiterons l'entretien à proprement parler. Je vous demanderai de vouloir prendre la parole un par un. N'hésitez pas à lever la main si vous voulez intervenir et je vous donnerai la parole dès que possible.

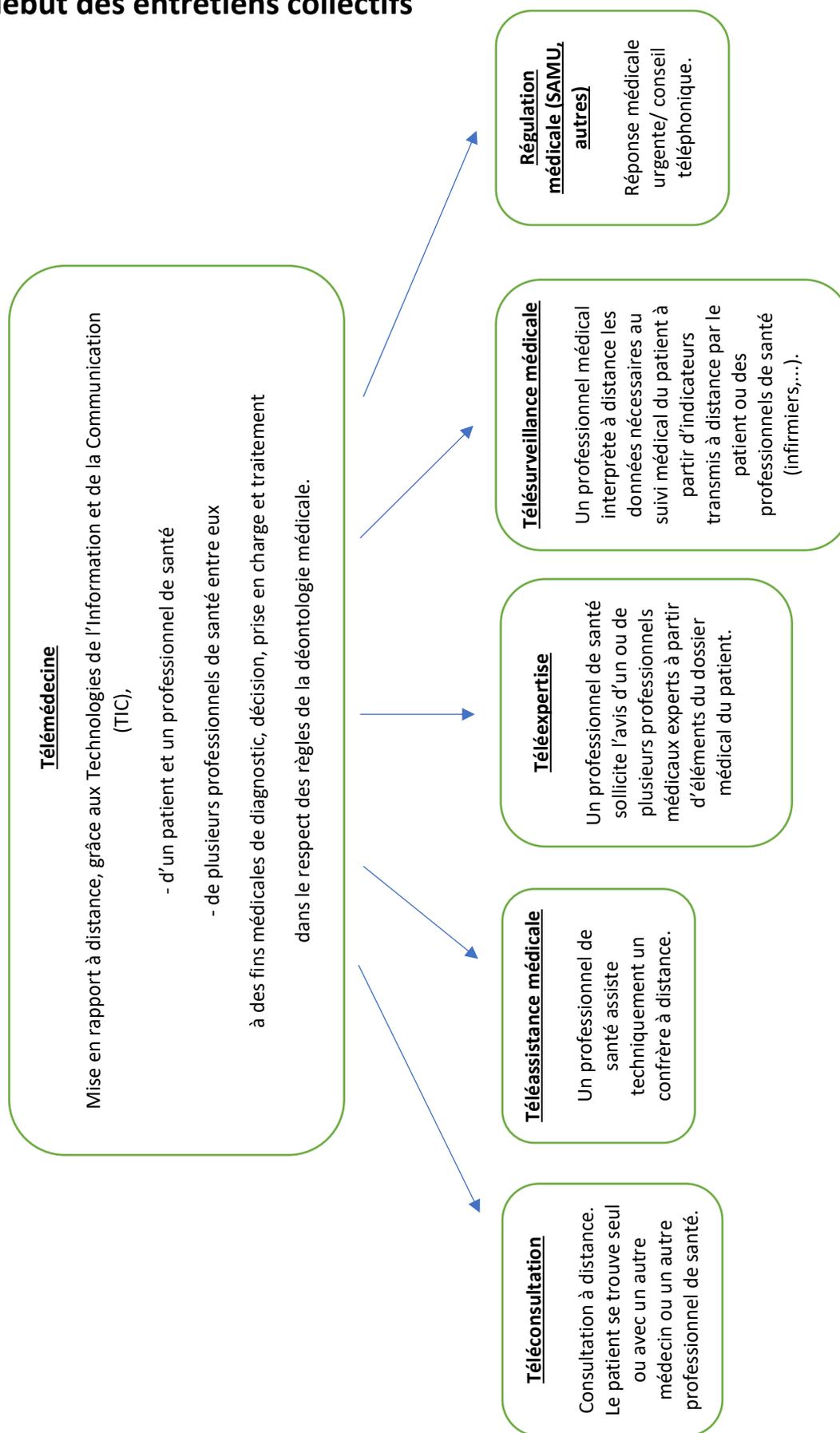
Enfin, à chaque prise de parole je vous demanderai de commencer par rappeler votre nom afin de faciliter notre travail de retranscription.

Avez-vous des questions ?

Nous allons pouvoir débiter.

[Premier tour de table pour présentation puis première question]

ANNEXE 7 : Schéma-définition de la télémédecine, distribué au début des entretiens collectifs



ANNEXE 8 : Extrait d'un entretien retranscrit

Focus group 1, extrait.

Animatrice : « **Donc la question suivante que je vais vous poser... C'est donc de savoir ce qui vous motiverait aujourd'hui à vous impliquer dans des activités de télémédecine dans le cadre de votre activité professionnelle libérale ?** »

A6, défaitiste mais pédagogue dans sa façon de s'exprimer : « A6. Ben le premier truc c'est la démographie médicale quoi ! En particulier la... La présence de spécialités qui devient de plus en plus exsangue dans nos départements puisqu'on bon je vais parler du mien, de [la ville de] X... ! Avoir un dermatologue ça a été évoqué (**référence à A2**). On en a plus qu'une sur le département ! Euh... Voilà. A2 en a parlé, voilà ! Si on est un petit peu isolé euh... Faire lire un électrocardiogramme et/ou avoir un avis euh, rapide. On a des difficultés avec notre centre hospitalier à avoir des rendez-vous semi urgents. On va dire donc... Tout ! Et ça draine tout le champ de toutes les spécialités ! Donc si la télémédecine euh... parce qu'on va faire passer des photos, parce qu'on va faire passer des documents, que ce soit électro, biologie ou autre, entre guillemets, fluidifier et accélérer euh, certaines prises de rendez-vous et/ou d'avis ben... Oui ! On va s'y investir parce que... Parce que ben la démographie euh nous y oblige ! Voilà... » (**Silence**)

Animatrice : « **Je reformule ma question de manière un peu différente... Effectivement, j'entends ce que vous avez dit mais... Ma question c'est plutôt... Com... Qu'est-ce qu'il faudrait qu'on vous apporte aujourd'hui... Pour que vous adhérez à des... A une pratique de la télémédecine ? Dans votre cabinet, au sein de votre cabinet ? Qui fait que vous vous diriez : "D'accord ! Là je veux bien ! Je vais adhérer à ce projet !"** »

A3, parlant avec les mains : « A3 ! Moi, pour moi la première chose c'est euh... Rendre un service au patient ! Que ce soit quelque chose qui... qui permette l'accès plus rapide à un rendez-vous... Pouvoir euh... C'est ça un peu. Pouvoir... Pouvoir soigner mieux nos patients, en définitive. Et... Une autre chose c'est bien sûr que... Que on soit rémunéré pour ce travail ! Et que le matériel nécessaire, qui est onéreux quand même... Qu'il soit... Qu'il soit financé par l'ARS ou... Je sais pas ! Tout à l'heure A6 a dit qu'il y a pas d'argent. Mais c'est faux ! Il y a de l'argent, mais il est mal utilisé. » (...)

Intervention de A5 : « Il y a pas d'argent... pas d'argent pour les choses utiles ! » (...)

A6, sérieux, cherchant ses confrères du regard : « A6. Euh moi, au jour d'aujourd'hui, dans mon cabinet, grosso modo, j'ai besoin de rien ! J'ai un ordinateur, j'ai un téléphone ! Je veux juste qu'en face, j'aie des correspondants ! D'accord ? Qui puissent me répondre en temps et en heure... D'accord ? Pour des, encore une fois, pour des consultations plus rapides ou des avis de euh, plus rapides ! D'accord ? Les photos voilà.... Qu'on me dise comment je peux avoir quelque chose de sécurisé ? Et qu'on me dise d'un point de vue médico-légal, si ce que je fais, je suis dans les clous ! Pour que derrière si y'a un problème je sois quelque part un peu protégé, que j'endosse pas seul la responsabilité du fait que ben je, j'ai envoyé un ECG de madame Machin, qui a une vague douleur thoracique, l'électrocardiogramme est pseudo normal. Et que derrière je dise : Bah allez ! A quatre-vingt-huit ans euh... Je vais la garder à la maison ! Et puis finalement elle va décéder parce que euh... Elle avait un anévrisme à l'aorte, parce que euh elle avait euh un infarct' euh... voilà ! Avec euh... un ECG normal ! Voilà moi ce que... Le matériel finalement. Au jour d'aujourd'hui avec peu on peut faire beaucoup ! Enfin... Tout a progressé je crois que on a pas besoin de grand-chose ! Euh mais euh... Voilà. Qu'on me dise qui j'aurai en face ? Comment je vais être payé de ça ? Quelle responsabilité ? Et.... Comment je suis couvert ? »

ANNEXE 9 : Extrait du tableau d'encodage

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Codes E1	Verbatim E1	Codes E2	Verbatim E2	Codes E3	Verbatim E3	Codes E4	Verbatim E4
Une pratique qui semble floue			2 se dit observatrice car le principe de la TLM lui paraît très flou concernant les outils et les investissements demandés aux I.U.S et 6 restent très peuplés face à la question de la TLM, qu'ils trouvent floue et vague.	2: "Moi, ce qui me pousse là, maintenant à... à adhérer ? Pour l'instant pas grand-chose parce que je trouve que c'est très flou !" 6: "D'habitude..." 6: "Ben dans l'immédiat je dirais un certain pastaga 1..." 1: "Affaire à suivre..." 2: "Et euh et je crois que maintenant y'a... y'a avec l'ARS justement une demande à ce qu'on étende nos nos." 2: "C'est très flou pour moi encore euh... au niveau de... de... l'information par sur un... on part sur du virtuel et on sait pas"	6, outre, ne s'imagine pas faire des consultations via «les boîtes à TLM» car elle pense qu'il n'y a pas l'interrogatoire. Les autres	8: "Mais c'est pour ça que ces boîtes à télé-médecine comme nous décrites c'est pas possible, il a pas l'interrogatoire...", (dit cela)	8 décrit deux expériences dont il ne sait dire s'il s'agit de TLM à proprement parler. 3, interne en médecine générale, explique avoir utilisé, au cours de ses stages en tant qu'externe, un logiciel intra-hospitalier qui décrit envoyer des photos d'ECG ou de dermatologie à des spécialistes via son smartphone pour une prise en charge rapide, définit la TLM, qui ne paraît pas être claire pour elle. Après 40 minutes d'entretien, 4 interroge ses confrères sur la différence de signification entre la télé-expertise et la	3 prend la parole facilement, à propos de mails ou des appels téléphoniques à des confrères spécialistes pour des avis, tels que: "Et après euh... Si ça permet aussi par exemple euh... De prendre en photo un ECG et d'envoyer à... A un cardiologue, 1 interrogative, peuplée: « 1. Euh piff... Moi ça m'intéresserait, mais je ne sais pas si ça répond vraiment à la question ?" 4, questionnant les autres: « 4. Que signifie exactement la télé-expertise ? Moi... Par rapport à la téléconsultation, quelle est la	6 informe ses confrères et les chercheuses qu'elle attend une définition de la TLM afin de pouvoir décrire son expérience de 6: "Comme ce que disait 7, appels ou mails à de collègues pour demander un avis, savoir si c'est eux qui peuvent, ou pas." 2: "Je pensais pas que la téléconsultation, la télé-expertise, voilà, étaient... considérées comme de la TLM. Pour moi la 2: "Alors est-ce que ça peut être considéré comme de la TLM ?"	6 (à voir basse): "C'est quoi la TLM ? (...) Moi j'attends une définition de la TLM pour savoir à quelle question je réponds." 6: "Comme ce que disait 7, appels ou mails à de collègues pour demander un avis, savoir si c'est eux qui peuvent, ou pas." 2: "Je pensais pas que la téléconsultation, la télé-expertise, voilà, étaient... considérées comme de la TLM. Pour moi la 2: "Alors est-ce que ça peut être considéré comme de la TLM ?"
			2 dans son cabinet médical reçoit les comptes rendus hospitaliers par le biais de MEDIMAIL (un logiciel de boîte mail sécurisée) bénéficiaire de la transmission d'informations médicales (par mail comme ses confrères). 6 bénéficie de la transmission de données médicales (comptes-rendus médicaux et biologiques) par mail comme ses confrères. 4 considère comme une forme de télé-médecine la participation du personnel non médical.	2: "Euh je reçois MEDIMAIL aussi mais... Les comptes rendus du C... (Centre Hospitalier de proximité) entre autres euh... Sur 4: "Euh... Après moi je reçois tous les trucs qu'on peut recevoir par mail voilà..." 6: "Euh moi la TLM c'est un peu comme tous les copains. Euh... Donc résultats biologiques ainsi que" (Racllement de gorge) 4: "Et... Et l'autre chose que je vois c'est la participation potentiellement de, de non médecins... La place des non médecins..." 3: "Pour, pour moi la TLM euh bon j'entends pas comme TLM la, la réception de de bilans biologiques et tout ça ! Moi je " Euh pour moi la TLM euh bon je suis assez d'accord avec 3 sur le fait que MEDIMAIL et tout ça, ça rentre plus dans, euh, le	5 utilise la TLM dans son cabinet lors d'échanges avec les spécialistes via un logiciel de transmission de données 7, comme 5, décrit comme expérience de TLM utilisation des logiciels en EHPAD et hôpital permettant d'avoir accès 6 dit que sa seule expérience de la TLM est à l'hôpital local, pour le suivi de plaie et cicatrisation via photographies, en lien avec un TLM via des prises en charge à distance avec les EHPAD et hôpitaux locaux. (3) décrit des téléconsultations auxquelles elle a assisté lors de son stage d'interne aux urgences en relation avec un service de biologie et tout ça ! Moi je	3, interne en médecine générale, explique avoir utilisé, au cours de ses stages en tant qu'externe, un logiciel... 3 ne pense pas que les avis téléphoniques puissent être intégrés dans la définition même de la TLM. 4 ne donne pas de définition claire mais parle des échanges numériques dans le cadre de l'urgence médicale. Pour 5, la TLM intègre un aspect forcément dynamique avec une consultation, un examen clinique et un échange entre confrères. Il Pour 8, la définition de la TLM comprend essentiellement la télé-expertise (faire appel à un tiers compétent pour résoudre un problème) et 4 et 6 utilisent MEDIMAIL pour communiquer avec d'autres professionnels de santé, médecins ou paramédicaux.	1: "Tout dépend de qu'est-ce qu'on met derrière l'étiquette TLM ?" 1: "Mon expérience est hospitalière en fait de la TLM du coup quand j'étais..." (Racllement de gorge). "Quand 2: (me) "Oh à tous fait ça, moi j'ai fait de l'ADUM aussi..." 3: (comme pour lui-même) "L'ADUM aussi bien sûr" 7: "Heu mais c'est par les syndicats de médecine générale j'ai entendu parler qu'ils s'étaient intéressés à des tas de choses qu'on a fait..." 6: "A mon avis tu ne fais déjà quand t'as un patient que tu dit «Voilà, j'ai le petit, il de la réviser il a mail là, est-ce que je vous			
Des définitions diverses de la TLM			2 dans son cabinet médical reçoit les comptes rendus hospitaliers par le biais de MEDIMAIL (un logiciel de boîte mail sécurisée) bénéficiaire de la transmission d'informations médicales (par mail comme ses confrères). 6 bénéficie de la transmission de données médicales (comptes-rendus médicaux et biologiques) par mail comme ses confrères. 4 considère comme une forme de télé-médecine la participation du personnel non médical.	2: "Euh je reçois MEDIMAIL aussi mais... Les comptes rendus du C... (Centre Hospitalier de proximité) entre autres euh... Sur 4: "Euh... Après moi je reçois tous les trucs qu'on peut recevoir par mail voilà..." 6: "Euh moi la TLM c'est un peu comme tous les copains. Euh... Donc résultats biologiques ainsi que" (Racllement de gorge) 4: "Et... Et l'autre chose que je vois c'est la participation potentiellement de, de non médecins... La place des non médecins..." 3: "Pour, pour moi la TLM euh bon j'entends pas comme TLM la, la réception de de bilans biologiques et tout ça ! Moi je	5 utilise la TLM dans son cabinet lors d'échanges avec les spécialistes via un logiciel de transmission de données 7, comme 5, décrit comme expérience de TLM utilisation des logiciels en EHPAD et hôpital permettant d'avoir accès 6 dit que sa seule expérience de la TLM est à l'hôpital local, pour le suivi de plaie et cicatrisation via photographies, en lien avec un TLM via des prises en charge à distance avec les EHPAD et hôpitaux locaux. (3) décrit des téléconsultations auxquelles elle a assisté lors de son stage d'interne aux urgences en relation avec un service de biologie et tout ça ! Moi je	3, interne en médecine générale, explique avoir utilisé, au cours de ses stages en tant qu'externe, un logiciel... 3 ne pense pas que les avis téléphoniques puissent être intégrés dans la définition même de la TLM. 4 ne donne pas de définition claire mais parle des échanges numériques dans le cadre de l'urgence médicale. Pour 5, la TLM intègre un aspect forcément dynamique avec une consultation, un examen clinique et un échange entre confrères. Il Pour 8, la définition de la TLM comprend essentiellement la télé-expertise (faire appel à un tiers compétent pour résoudre un problème) et 4 et 6 utilisent MEDIMAIL pour communiquer avec d'autres professionnels de santé, médecins ou paramédicaux.	1: "Tout dépend de qu'est-ce qu'on met derrière l'étiquette TLM ?" 1: "Mon expérience est hospitalière en fait de la TLM du coup quand j'étais..." (Racllement de gorge). "Quand 2: (me) "Oh à tous fait ça, moi j'ai fait de l'ADUM aussi..." 3: (comme pour lui-même) "L'ADUM aussi bien sûr" 7: "Heu mais c'est par les syndicats de médecine générale j'ai entendu parler qu'ils s'étaient intéressés à des tas de choses qu'on a fait..." 6: "A mon avis tu ne fais déjà quand t'as un patient que tu dit «Voilà, j'ai le petit, il de la réviser il a mail là, est-ce que je vous			

ANNEXE 10 : Tableaux des données socio-épidémiologiques et des installations numériques au sein des cabinets médicaux

TABLEAU 1 : Données socio-épidémiologiques et installations numériques au cabinet médical - Focus group 1

FOCUS GROUP 1	A1	A2	A3	A4	A5	A6
AGE	28	44	48	66	61	50
GENRE	F	M	F	F	M	M
ZONE D'EXERCICE		Rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Semi-rurale
TYPE DE CABINET		Seul	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe
SECRETARIAT		Délocalisé	Délocalisé	Sur place	Sur place	Sur place
TYPE D'ACTIVITE	Cabinet Libéral (remplaçante MG* non fixe)	Cabinet Libéral	Cabinet Libéral	Cabinet Libéral et salarié	Mixte Libéral et salarié	Cabinet Libéral
MODE D'EXERCICE						
ORDINATEUR FIXE		X	X	X	X	X
CONNEXION INTERNET AU CABINET		X	X	X	X	X
ORDINATEUR PORTABLE				X		X
CONNEXION AU DOSSIER PATIENT LORS DES VISITES						
SCANNER		X	X	X	X	X
FAX			X	X	X	X
SMARTPHONE		X	X	X	X	X
TABLETTE NUMERIQUE						X
ECG PORTABLE		X	X	X	X	X
SERVEUR D'ARCHIVAGE DES DONNEES PATIENTS		X	X	X	X	X
SERVEUR DE TRANSMISSION DES DONNEES D'ANALYSES		X	X	X	X	X
MESSAGERIE DE SANTE POUR TRANSMISSION DES COMPTES RENDUS MEDICAUX		X	X	X	X	X
TELETRANSMISSION D'ECG			X			
TELETRANSMISSION D'EFR						
TELETRANSMISSION DE PHOTOS NUMERIQUES						
AUTRES						

TABLEAU 2 : Données socio-épidémiologiques et installations numériques au cabinet médical - Focus group 2

<i>FOCUS GROUP 2</i>	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8
AGE	52	56	29	56	39	50	49	55
GENRE	M	M	F	F	F	F	M	F
ZONE D'EXERCICE	Urbaine	Rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Urbaine
TYPE DE CABINET	Groupe	MSP	MSP	Groupe	Seul	MSP	Seul	Groupe
SECRETARIAT	Sur place	Délocalisé	Délocalisé	Sur place	Sur place et délocalisé	Sur place	Absent	Sur place
TYPE D'ACTIVITE	Mixte	Mixte	Cabinet	Cabinet	Cabinet	Mixte	Mixte	Cabinet
MODE D'EXERCICE	Libéral	Libéral et salarié	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral
ORDINATEUR FIXE	X	X	X	X	X	X		X
CONNEXION INTERNET AU CABINET	X	X	X	X	X	X	X	X
ORDINATEUR PORTABLE	X	X	X				X	
CONNEXION AU DOSSIER PATIENT LORS DES VISITES		X	X		X		X	
SCANNER	X	X	X	X	X	X	X	X
FAX	X	X	X			X	X	X
SMARTPHONE	X	X	X			X	X	X
TABLETTE NUMERIQUE					X			
ECG PORTABLE	X	X		X	X			X
SERVEUR D'ARCHIVAGE DES DONNEES PATIENTS		X				X	X	
SERVEUR DE TRANSMISSION DES DONNEES D'ANALYSES	X	X	X		X	X	X	X
MESSAGERIE DE SANTE POUR TRANSMISSION DES COMPTES RENDUS MEDICAUX	X	X	X	X	X	X	X	X
TELETRANSMISSION D'ECG		X						
TELETRANSMISSION D'EFR								
TELETRANSMISSION DE PHOTOS NUMERIQUES		X					X	
AUTRES								

TABLEAU 3 : Données socio-épidémiologiques et installations numériques au cabinet médical - Focus group 3

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
FOCUS GROUP 3								
AGE	41	27	26	60	59	27	37	50
GENRE	F	F	M	F	M	F	F	M
ZONE D'EXERCICE	Rurale	Semi- rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Rurale	Rurale
TYPE DE CABINET	MSP	Groupe	MSP	MSP	MSP	MSP	MSP	Seul
SECRETARIAT	Sur place et délocalisé	Sur place	Sur place et délocalisé	Délocalisé				
TYPE D'ACTIVITE	Cabinet	Mixte	Cabinet	Mixte	Cabinet	Cabinet	Mixte	Cabinet
MODE D'EXERCICE	Libéral	Salarié (interne MG*)	Salarié (interne MG*)	Libéral	Libéral	Libéral (interne MG*)	Libéral et salarié	Libéral
ORDINATEUR FIXE	X	X	X		X			X
CONNEXION INTERNET AU CABINET	X	X	X	X	X	X	X	X
ORDINATEUR PORTABLE			X	X				
CONNEXION AU DOSSIER PATIENT LORS DES VISITES								
SCANNER		X	X	X	X	X	X	X
FAX				X	X	X	X	
SMARTPHONE	X		X		X		X	X
TABLETTE NUMERIQUE			X					
ECG PORTABLE			X		X	X	X	X
SERVEUR D'ARCHIVAGE DES DONNEES PATIENTS	X	X	X	X	X	X	X	X
SERVEUR DE TRANSMISSION DES DONNEES D'ANALYSES			X	X	X	X	X	X
MESSAGERIE DE SANTE POUR TRANSMISSION DES COMPTES RENDUS MEDICAUX	X		X	X	X	X	X	X
TELETRANSMISSION D'ECG						X	X	X
TELETRANSMISSION D'EFR								
TELETRANSMISSION DE PHOTOS NUMERIQUES			X		X	X	X	
AUTRES								

TABLEAU 4 : Données socio-épidémiologiques et installations numériques au cabinet médical - Focus group 4

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
FOCUS GROUP 4							
AGE	46	54	52	64	33	42	28
GENRE	M	M	M	M	F	F	F
ZONE D'EXERCICE	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Urbaine	Semi-rurale
TYPE DE CABINET	Groupe	Groupe	Seul	Seul	Groupe	Seul	Groupe et MSP
SECRETARIAT	Délocalisé	Sur place et délocalisé	Sur place	Absent	Absent	Absent	Sur place et délocalisé
TYPE D'ACTIVITE	Cabinet	Cabinet	Cabinet	Cabinet	Mixte	Cabinet	Cabinet
MODE D'EXERCICE	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral	Libéral et salarié	Libéral	Libéral (remplaçante MG* non fixe)
ORDINATEUR FIXE	X	X	X	X	X	X	X
CONNEXION INTERNET AU CABINET	X	X	X	X	X	X	X
ORDINATEUR PORTABLE				X		X	
CONNEXION AU DOSSIER PATIENT LORS DES VISITES				X			
SCANNER	X	X	X	X	X	X	X
FAX		X	X	X			X
SMARTPHONE	X	X	X	X	X	X	X
TABLETTE NUMERIQUE							X
ECG PORTABLE							X
SERVEUR D'ARCHIVAGE DES DONNEES PATIENTS	X	X	X		X	X	X
SERVEUR DE TRANSMISSION DES DONNEES D'ANALYSES	X	X			X	X	X
MESSAGERIE DE SANTE POUR TRANSMISSION DES COMPTES RENDUS MEDICAUX	X	X	X	X	X	X	X
TELETRANSMISSION D'ECG		X					X
TELETRANSMISSION D'EFR							
TELETRANSMISSION DE PHOTOS NUMERIQUES		X		X			X
AUTRES (TELETRANSMISSION)		Audiogramme et spiromètre					

*MG : médecine générale

RÉSUMÉ

La télémédecine : approches et propositions des médecins généralistes libéraux français

CONTEXTE : La télémédecine est une pratique médicale à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), apparue dans le paysage politique français suite à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009. En 2018, alors que la reconnaissance officielle par l'Assurance Maladie de certaines pratiques de télémédecine est imminente, l'adhésion des médecins généralistes libéraux reste limitée. **OBJECTIF** : Aborder les approches et propositions des médecins généralistes libéraux français concernant la télémédecine. **METHODE** : Etude qualitative auprès des médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées, réalisation de 4 entretiens collectifs. **RESULTATS** : 29 médecins généralistes ont été interrogés entre mai et août 2018. Ils percevaient la télémédecine comme une des solutions aux enjeux démographiques et faisant partie intégrante des évolutions imposées par la société actuelle. Il ressortait un manque de connaissances quant aux applications possibles de la télémédecine dans leur quotidien. Ils exprimaient des craintes, dont un cadre médico-légal manquant de rigueur, une absence de rémunération et un risque d'ubérisation des soins. Ils demandaient l'encadrement de la pratique. **DISCUSSION** : Dans une société en plein bouleversement, l'organisation de la médecine évolue. Le déploiement national de la télémédecine a été entériné par la reconnaissance officielle par l'Assurance Maladie de la téléconsultation le 15 septembre 2018 et de la téléexpertise le 10 février 2019. Face à ces avancées, le médecin doit s'adapter. Pour les médecins interrogés, l'exercice pluriprofessionnel était intimement lié au développement et à une pratique pérenne de la télémédecine. Une information et une formation des étudiants en médecine et des médecins installés sur la télémédecine pourraient les aider à intégrer les changements dans leur pratique. Une proposition de télémédecine guidée, intuitive, avec suivi au long cours pourrait répondre à la demande d'encadrement et inscrire cette pratique dans la durée. **CONCLUSION** : L'adhésion des médecins généralistes libéraux demande une information, une formation et une aide à la mise en place de projets : une télémédecine « clé en main ».

Mots-clés : télémédecine, médecins généralistes libéraux, Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), Midi-Pyrénées, étude qualitative, entretiens collectifs, propositions.

Telemedicine: approaches and proposals of french general practitioners

CONTEXT: Telemedicine is a remote medical practice using Information and Communication Technologies, appeared in the French political landscape following the law « Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) » in 2009. In 2018, once the official recognition by the Health Insurance of certain telemedicine practices is imminent, the adherence of liberal general practitioners remains limited. **PRIMARY OBJECTIVE:** Address the approaches and proposals of French liberal general practitioners concerning the telemedicine. **METHODS:** Qualitative study in collaboration with liberal general practitioners in the former Midi-Pyrénées region, completion of 4 collective interviews. **RESULTS:** 29 general practitioners were interviewed between May and August 2018. They perceived telemedicine as one of the solutions to the demographic stakes and an integral part of the evolutions imposed by the current society. There was a lack of knowledge about the potential applications of telemedicine in their daily lives. They expressed their concerns, among which a medico-legal framework lacking rigorousness, an unpaid working time and a risk of care « uberisation ». They asked for the supervision of the practice. **DISCUSSION:** In a society going through profound changes, the organisation of medicine is evolving. The national deployment of telemedicine was confirmed by the official recognition by the Health Insurance of teleconsultation on September 15, 2018 and teleexpertise on February 10, 2019. Faced with these advances, the physician must adapt. For the physicians interviewed, the multiprofessional exercise was intimately linked to the development and sustainable practice of telemedicine. Information and training on telemedicine, for medical students and physicians in practice, could help them to integrate the changes in their practice. A guided, intuitive telemedicine proposal with long-term follow-up could meet the demand for supervision and make this practice endure. The adherence of liberal general practitioners requires information, training and assistance in setting up projects: a « turnkey » telemedicine.

Keywords: telemedicine, general practitioners, Information and Communication Technologies, Midi-Pyrénées, qualitative study, collective interviews, proposals.

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine de Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeurs de Thèse : Docteurs Anne FREYENS et Philippe MONLOUIS