

ANNEE 2019

N°

**PLACE DE LA TELEMEDECINE DANS L'OFFRE DE SOINS EN
ZONES DEFICITAIRES**

Enquête dans des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 23 mai 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BEROU Pierre
Né le 01/01/1986
A Mulhouse

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2019

N°

**PLACE DE LA TELEMEDECINE DANS L'OFFRE DE SOINS EN
ZONES DEFICITAIRES**

Enquête dans des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 23 mai 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BEROU Pierre
Né le 01/01/1986
A Mulhouse

Année Universitaire 2018-2019
au 1^{er} Avril 2019

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019)			
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2018 au 21/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2022)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : **Mme le Professeur Christine BINQUET**

Membres : **M. le Professeur Paul ORNETTI**
M. le Professeur Associé Didier CANNET
Mme le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Au Président de Jury,

Madame le Professeur Christine BINQUET,

Professeur d'Epidémiologie,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis infiniment reconnaissant et je vous remercie pour votre implication et vos conseils.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Didier CANNET,

Professeur Associé de Médecine Générale,

Je vous remercie de m'avoir guidé avec bienveillance, humanité et patience tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils avisés et votre aide précieuse.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Paul ORNETTI,

Professeur de Rhumatologie,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Je vous prie de recevoir l'expression de mon respect et ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER,

Maître de conférences Associé de Médecine Générale,

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de mon jury et d'estimer mon travail, je vous en remercie.

Je tiens ici à vous témoigner mon respect et toute ma reconnaissance.

Merci au **Docteur Philippe D'Athis**, pour son aide inestimable, sa disponibilité remarquable, sa patience et tout le temps qu'il m'a consacré.

Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Je remercie également chaleureusement tous ceux qui m'ont permis de mener ce travail à bien, en particulier **Monsieur Clément Carlin** - merci infiniment pour vos éclairages et votre disponibilité – et les maisons de santé pluriprofessionnelles de Guillon et de Seurre qui m'ont gentiment accueilli, ainsi que les médecins qui ont pris le temps de participer à mon enquête.

Je vous prie d'accepter ma profonde gratitude.

Je tiens enfin à remercier du fond du cœur **tous mes proches, famille et amis**, d'ici et d'ailleurs, qui m'ont accompagné et soutenu tout au long de mes études et dans ma vie en général.

Table des matières

I. Liste des abréviations.	11
II. Introduction.	12
Objectifs principal et secondaires.	16
III. Matériel et méthode.	16
Type d'étude.	16
Critère d'inclusion.	18
Critères de jugement.	18
Questionnaire.	18
Déroulement de l'enquête.	19
Recueil des données.	20
Analyse statistique des données.	20
IV. Résultats.	21
1) Caractéristiques des participants.	21
2) Connaissance de la télé-médecine.	22
3) Téléconsultation et avenant 6 à la Convention médicale.	24
4) Télé-expertise.	30
5) Axes d'amélioration et perspectives d'avenir.	34
V. Discussion.	37
Points forts.	37
Points faibles.	37
Biais.	38
1) Caractéristiques des participants.	38
2) La télé-expertise plus répandue que la téléconsultation.	38
3) Connaissance préalable de la télé-médecine.	39
4) La téléconsultation dans la pratique des MG exerçant en MSP.	40
5) Les principaux freins au recours à la téléconsultation et à la télé-expertise.	44
6) Axes d'amélioration et avenir de la télé-médecine.	48
VI. Conclusions.	49
VII. Références bibliographiques.	51
VIII. Annexes.	55
IX. Table des figures.	65
X. Table des tableaux.	65

I. Liste des abréviations.

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

DPC : Développement Professionnel Continu

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

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FeMaSCo-BFC : Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne-Franche-Comté

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

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

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

II. Introduction.

La population française connaît des difficultés croissantes d'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales. Les pouvoirs publics sont confrontés à plusieurs défis, notamment démographique, épidémiologique et budgétaire. Sur le plan démographique, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) note en 2018 une baisse de 7% des effectifs de Médecins Généralistes (MG) depuis 2010, qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 MG en activité régulière contre 87 801 en 2018 (1). En outre, il existe une inégale répartition des MG sur le territoire, certaines zones manquant d'attractivité souffrent de départs à la retraite non remplacés. Sur le plan épidémiologique, la population est vieillissante avec l'avancée en âge des générations du baby-boom complétée par l'augmentation de l'espérance de vie : la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus augmentera nettement jusqu'en 2040, où environ 25% de la population aura 65 ans ou plus, contre 18% en 2013 (2) ; les pathologies chroniques concernent déjà 20 millions de personnes (3). A cela s'ajoute le fait que les jeunes médecins ont un rythme de travail moins soutenu que leurs aînés et aspirent à un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Sur le plan budgétaire, le système français est soumis à certaines contraintes en raison notamment d'une dette publique croissante (4). La terme « désert médical » est très présent dans le débat public actuel et désigne « un accès aux soins très difficile selon le lieu de résidence des individus. » (5). Afin d'identifier ces territoires en difficultés, la DREES et l'IRDES ne se réfèrent plus uniquement au nombre de médecins par habitant mais à l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) plus précis, puisqu'il prend en compte la proximité, la disponibilité des MG et les besoins de la population en fonction de l'âge, il s'exprime en nombre de consultations/habitant/an ; une APL inférieure à 2,5 consultations/habitant/an traduit des difficultés d'accès aux MG. En effet, la population française est plus confrontée à un manque de disponibilité de la part des médecins que d'un problème d'accessibilité, puisque 98% d'entre elle a accès à un MG en moins de 10 minutes (6). Environ 8% de la population (soit 5,3 millions d'habitants) a des difficultés d'accès aux soins en 2017 et la Bourgogne-Franche-Comté fait partie des régions les plus impactées à l'instar de l'Auvergne-Rhône-Alpes, l'Ile-De-France et la Corse (5) (Annexe 1). Pour répondre à ces nombreux défis, le gouvernement a présenté le 13 octobre 2017 son plan « Renforcer l'accès territorial aux soins » (7), bâti autour de 4 priorités, dont l'une est la « mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances » en accompagnant l'équipement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) dans le déploiement de la télémédecine.

La e-santé indique tous les domaines où les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont mises au service de la santé. L'Organisation mondiale de la santé la définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». La télésanté en fait partie et regroupe

la télémédecine et la m-santé (à savoir les capteurs intelligents ou les applications mobiles en lien avec la santé) (Annexe 2). La pratique de la télémédecine débute dans les années 1990 par des médecins « pionniers », mais l'absence de cadre réglementaire et l'insuffisance de financement freinent considérablement le fonctionnement des différents projets (8). Toutefois, la volonté des pouvoirs publics de la développer sur l'ensemble du territoire aboutit aux définitions de son cadre légal par la loi « HPST » (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) de 2009 (9), puis de son cadre réglementaire par le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (10) décrivant les cinq actes de télémédecine :

- La téléconsultation : un professionnel médical donne une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent aux côtés du patient, et si nécessaire, assister le médecin au cours de l'acte. C'est une action synchrone (patient et médecin se parlent) ;
- La télé-expertise : un professionnel médical sollicite à distance l'avis d'un ou plusieurs de ses confrères en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, à partir des informations relatives à la prise en charge du patient. C'est une action asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas) ;
- La télésurveillance médicale : un professionnel de santé interprète à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, prend si nécessaire, des décisions concernant sa prise en charge. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même, ou par un professionnel de santé ;
- La téléassistance médicale : un professionnel de santé assiste à distance un autre professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte ;
- La régulation médicale : la réponse apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

Dans cette dynamique, la Direction générale de l'offre de soins lance un plan de stratégie nationale de déploiement de la télémédecine en 2011, menant à des projets essentiellement inter-hospitaliers. Afin de la déployer en ville et dans les structures médico-sociales, des expérimentations, prévues dans l'article 36 de la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (11), seront menées dans des régions pilotes dont l'ex-Bourgogne, durant 4 ans, puis étendues en 2017 à l'ensemble du territoire et aux établissements de santé. A l'issue de cette période d'expérimentations convaincante, l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux signent un accord conventionnel avec l'avenant 6 à la Convention médicale le 14 juin 2018 (12), inscrivant la téléconsultation (Annexe 3) et la télé-expertise (Annexe 4) dans le droit commun des pratiques médicales.

La télémédecine a plusieurs objectifs :

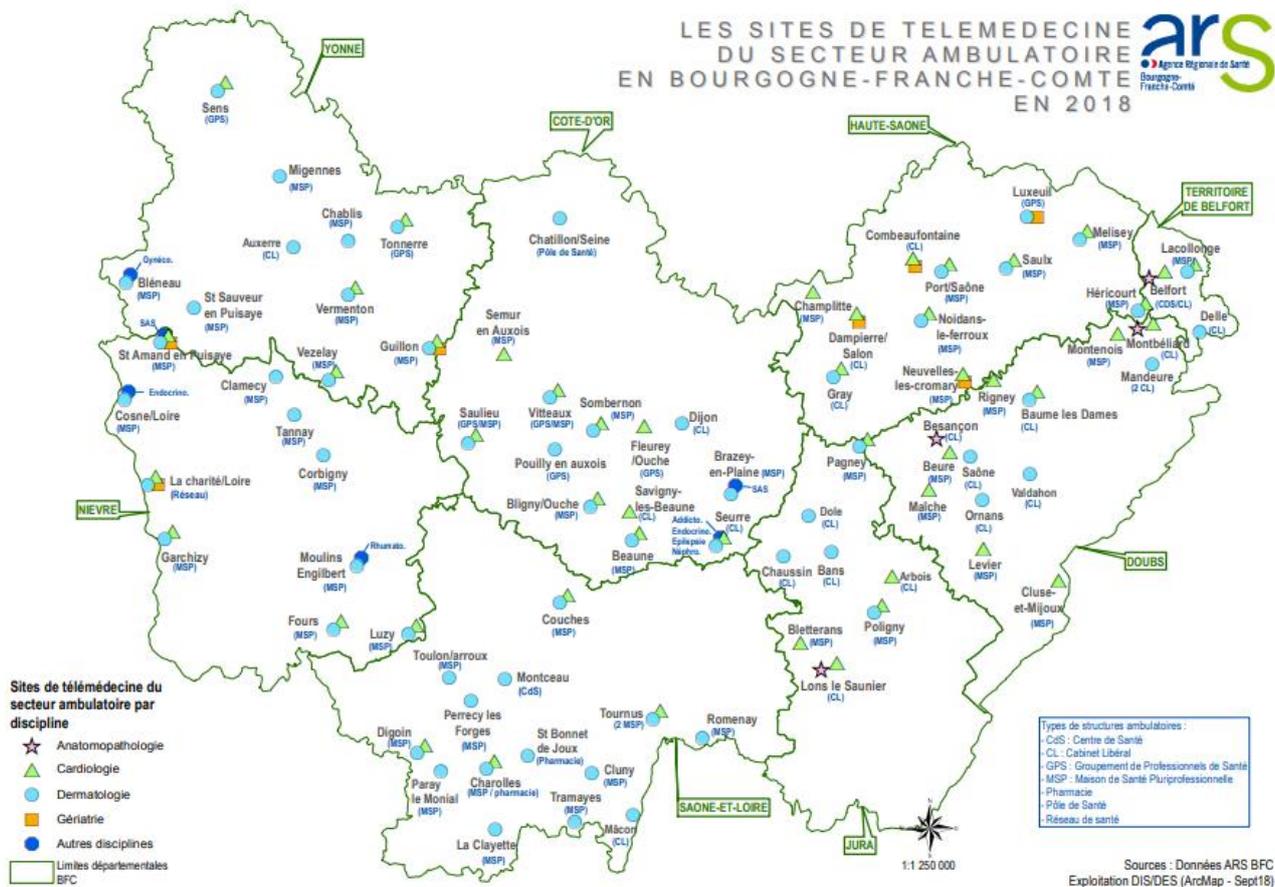
- Améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-médicalisées, elle doit permettre de prendre en charge les patients au plus près de leurs lieux de vie ;
- Répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'augmentation de pathologies chroniques, particulièrement au suivi régulier de patients chroniques ;
- Contribuer à la prise en charge coordonnée par les professionnels de santé et ceux du secteur médico-social ;
- Etablir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive d'un patient à risque.

Le remboursement de la téléconsultation par l'Assurance Maladie est possible depuis le 15 septembre 2018 et celui de la télé-expertise à partir du 10 février 2019. Dans le cadre du Projet régional de télémédecine, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté prévoit son déploiement en 3 phases, au travers de sa stratégie de déploiement 2017-2019 (13) :

- Phase 1, en 2017 : Déploiement en MSP, groupements, cabinets généralistes dans les zones sous-médicalisées ;
- Phase 2, fin 2018 : Déploiement dans le secteur médico-social, en particulier dans les EHPAD ;
- Phase 3, en 2019 : Déploiement dans le secteur personnes handicapées.

Cette stratégie se base sur les expérimentations et réussites en régions, notamment dans les domaines de la cardiologie (14), la dermatologie (15, 16) et de la gériatrie (17).

Cette carte montre l'ampleur du déploiement de la télémédecine dans le secteur ambulatoire en Bourgogne-Franche-Comté en 2018 :



Les sites de télémédecine du secteur ambulatoire en Bourgogne-Franche-Comté en Septembre 2018 (Source : Données ARS BFC)

On constate que les sites de télémédecine du secteur ambulatoire concernent principalement les domaines de la dermatologie et de la cardiologie. D'autre part les MSP, dont le développement est aussi une des priorités du plan gouvernemental (7), sont les lieux privilégiés par l'ARS pour le déploiement de la télémédecine. En outre, ces structures représentent une des solutions pour résoudre la problématique de l'accessibilité aux soins, en particulier en milieu rural. Selon les données que nous avons pu nous procurer auprès de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, il y a environ 50% des MSP équipées en région Bourgogne-Franche-Comté, au moment de la rédaction de cette étude et elle évalue le nombre d'actes de télémédecine par MSP à une cinquantaine en moyenne en 2018 : certaines d'entre elles en réalisent beaucoup comme la MSP de Seurre qui détient le record d'actes sur la région avec 250 actes en 2018, et d'autres au contraire en font beaucoup moins. Par ailleurs, le programme d'expérimentations ETAPES (Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours en

Santé) est reconduit pour les projets de télésurveillance pendant 4 ans (loi de financement de la sécurité sociale pour 2018) (18).

A l'étranger, la télémédecine est bien développée dans certains pays, comme en Norvège ou au Canada. Dans la province du Québec, des réseaux de télémédecine ont été créés pour fournir un accès aux soins aux personnes résidant dans les vastes territoires sous-médicalisés. Des téléconsultations sont par exemple organisées avec des patients atteints de maladies chroniques, notamment le diabète, ce qui permet d'assurer un suivi et d'éviter des renoncements aux soins (8).

Objectifs principal et secondaires.

Des études qualitatives et quantitatives évaluant l'avis des MG concernant la télémédecine ont déjà été menées (19, 20, 21). Nous avons trouvé intéressant de chercher à étudier la place qu'occupe la télémédecine, fin 2018, dans la pratique des MG. Nous nous sommes donné pour objectif principal de déterminer la proportion de MG ayant déjà utilisé la téléconsultation ou la télé-expertise, dans leur MSP des zones sous-médicalisées de Bourgogne, en décembre 2018. Les objectifs secondaires sont d'étudier la place qu'occupe la téléconsultation et l'impact de l'avenant 6 (avec l'introduction d'une rémunération à 25 euros de l'acte de téléconsultation), dans la pratique des MG exerçant en MSP. Enfin l'étude vise aussi à clarifier les attentes des MG, en vue de proposer des axes d'amélioration.

III. Matériel et méthode.

Nous avons rencontré des personnes clés pour notre étude, en particulier Mr. Carlin chargé de mission télémédecine à l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, et nous sommes allés visiter les MSP de Guillon (Yonne) et de Seurre (Côte-d'Or) dans lesquelles des MG ont recours à la télémédecine.

Type d'étude.

Pour atteindre les objectifs fixés, nous avons décidé de mener une étude quantitative transversale descriptive, en visant à obtenir un échantillon le plus large et le plus représentatif possible et à comparer les résultats aux autres études du même type. Même si l'étude quantitative réduit les nuances dans les réponses, elle permet néanmoins un recueil rapide et une analyse précise des données. L'intégration d'une question ouverte en fin de questionnaire donnait la possibilité aux MG de pouvoir s'exprimer librement et d'apporter un complément de réponse.

Population sondée.

L'étude visait les MG exerçant en MSP situées en Bourgogne (départements de l'Yonne, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de la Côte-d'Or), en sélectionnant celles situées en zones sous-médicalisées. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté a élargi les territoires éligibles aux aides financières à l'installation en définissant 2 types de zones (22) : les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) représentant les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, ouvrant droit aux aides de l'ARS, de l'Assurance Maladie et aux exonérations fiscales et les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) moins touchées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mobilisés pour éviter que la situation ne se dégrade. Pour cibler les MSP de notre étude, nous nous sommes servis à la fois de la carte des zonages des MG en Bourgogne-Franche-Comté (Annexe 5) et de la carte des MSP en Bourgogne-Franche-Comté (Annexe 6), toutes deux les plus actualisées possibles et fournies par l'ARS. En se basant sur ces cartes, nous avons alors listé toutes les MSP situées en ZIP et en ZAC : au total 71 MSP en fonctionnement ont été répertoriées. Nous avons ensuite contacté la Fédération des Maisons de Santé et de l'Exercice Coordonné en Bourgogne-Franche-Comté (FeMaSCo-BFC) et le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) afin d'obtenir soit les mails des médecins de chaque MSP soit ceux du secrétariat ou du coordinateur de chaque structure, mais tout cela nous a été refusé. Nous avons donc cherché les coordonnées téléphoniques de chaque MSP avec le moteur de recherche *Google*, puis nous les avons contactés une par une par téléphone : nous avons à faire la majorité du temps au secrétariat et dans de rares cas à un MG de la structure. A chaque appel, nous nous présentions et présentions l'objet de notre étude, en expliquant que nous souhaitions envoyer un mail pour un questionnaire, puis nous demandions le nombre de MG thésés exerçant dans la structure :

- Soit le secrétariat transférait notre appel aux différents MG de la structure : 62 MG ont ainsi pu être joints directement, 60 d'entre eux ont accepté de répondre au questionnaire et nous ont communiqué leurs adresses mails, les deux MG restants ont refusé de participer à l'étude.
- Soit cela n'était pas possible, et le secrétariat nous communiquait l'adresse mail de la structure et du coordinateur le plus souvent, qui était ensuite censé transférer notre mail à tous les MG de la MSP.
- Certaines MSP sont restées injoignables, après plusieurs tentatives, soit le numéro de téléphone était non attribué soit personne ne répondait.

Comme nous connaissions le nombre de MG thésés qui exerçaient dans chaque MSP, nous avons pu conclure que la population étudiée comptait au total 109 médecins généralistes.

Critère d'inclusion.

Le critère d'inclusion était « tout MG avec thèse exerçant dans la MSP ». Le seul critère de non-inclusion d'un médecin était l'absence de thèse : les médecins remplaçants, les médecins collaborateurs et les médecins retraités poursuivant leur activité n'ont donc pas été exclus.

Critères de jugement.

Le critère principal était la fréquence des MG ayant déjà utilisé la téléconsultation ou la télé-expertise dans leur MSP.

Les critères secondaires étaient, afin d'évaluer la place qu'occupe la téléconsultation dans la pratique des médecins généralistes exerçant en MSP, le nombre d'actes réalisés par semaine, la durée approximative de l'acte de téléconsultation et son recours ou non lors de plages horaires dédiées. En outre, comme nous nous intéressons aussi aux bénéfices et freins perçus par les MG quant à l'utilisation de la téléconsultation et de la télé-expertise, nous avons comparé les avis des MG les ayant déjà utilisées à ceux des MG ne les ayant jamais utilisées, à la recherche d'éléments pertinents.

Questionnaire.

L'enquête a été menée avec un questionnaire comprenant 20 questions, construit en cinq parties (Annexe 7) : ce questionnaire était court pour optimiser le taux de participation, sachant que les participants ne disposeraient que de peu de temps. Les questions étaient fermées, sauf celles concernant l'âge (question 2), l'ancienneté dans la MSP (question 3) et la question 19 (commentaire libre).

- La première partie était « Données personnelles » : sexe, âge et ancienneté dans la MSP.
- La seconde partie portait sur la « Télémédecine ». Elle débutait par la définition des cinq actes de télémédecine (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, téléassistance et régulation médicale) issus du décret du 19 octobre 2010 (10). Puis deux questions demandaient au participant s'il avait déjà entendu parler de la télémédecine et quels actes il connaissait. Les questions suivantes ne portaient que sur la téléconsultation et la télé-expertise.
- La troisième partie portait sur la « Téléconsultation » seule. Elle débutait par la question correspondant au critère secondaire « proportion de participants ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP ».

Elle était suivie par une première série de questions aux seuls MG l'ayant déjà pratiquée, évaluant la place de la téléconsultation dans leur pratique : nombre d'actes de téléconsultation par semaine, durée de l'acte et recours à la téléconsultation lors de plages horaires dédiées ou à n'importe quel moment de la journée. Une seconde série de questions concernaient tous les participants : deux questions évaluaient s'ils connaissaient ou non l'avenant 6 encadrant l'entrée dans le droit commun

de la téléconsultation à compter du 15 septembre 2018 et dans quelle mesure sa tarification à 25 euros, similaire à une consultation en présentiel impactait ou impacterait leur pratique. Les autres questions visaient à obtenir l'avis des participants sur les bénéfices et freins de la téléconsultation ainsi que les situations dans lesquelles ils verraient la téléconsultation se substituer à une consultation classique.

- La quatrième partie s'intitulait « Télé-expertise » : elle concernait tous les participants et débutait par la question correspondant au critère principal « Avez-vous déjà réalisé un acte de télé-expertise dans votre MSP ? ». Les questions suivantes demandaient d'une part les avis sur les bénéfices et freins de cet acte, et d'autre part les spécialités que les participants souhaiteraient contacter via la télé-expertise le cas échéant.

- Enfin, la dernière partie du questionnaire « Perspectives d'avenir » comprenait deux questions : la première, ouverte, donnait la possibilité de détailler ce qui inciterait à intégrer plus de télémédecine dans la pratique, et la seconde question demandait si les participants envisageaient cette nouvelle pratique dans leur quotidien dans les cinq prochaines années.

Le questionnaire a été testé par trois MG libéraux mais n'exerçant pas en MSP, qui ont jugé la clarté des questions et estimé le temps pour y répondre. Ils ont tous trouvé le questionnaire clair et ont mis en moyenne 12 minutes pour y répondre. Ce temps a été admis satisfaisant, et le questionnaire n'a pas été modifié. Nous avons précisé aux participants que toutes les données recueillies étaient anonymes.

Nombre de participants à inclure.

Nous nous sommes basés sur la fréquence de réponses « oui » à la question prise comme critère principal (utilisation de la téléconsultation ou de la télé-expertise dans sa MSP) et, en considérant le nombre n minimal menant à une incertitude inférieure à 10 % sur la fréquence, on a trouvé qu'il fallait avoir au moins $n = 97$ participants.

Déroulement de l'enquête.

Les questionnaires, accompagnés d'une courte présentation (Annexe 8), ont été envoyés par e-mails lundi 10/12/2018 aux différentes adresses récupérées par téléphone. Sur les 109 MG ainsi sollicités, 8 ont renvoyé le questionnaire rempli les 4 premiers jours. Une 1^{ère} relance a été faite par e-mails aux mêmes adresses, vendredi 14/12/2018, fournissant 14 nouveaux questionnaires. Afin d'augmenter nos chances d'avoir d'autres questionnaires, nous avons appelé la direction de la FeMaSCo-BFC jeudi 20/12/2018, qui a accepté de transmettre notre demande aux différentes MSP (en excluant celles de Chenôve, Beaune et Demigny, qui ne se situaient pas en zone sous-médicalisée). La date butoir

ayant été fixée au 31/12/2018 à minuit, nous avons obtenu 13 questionnaires supplémentaires à cette date limite de réponse.

Recueil des données.

Toutes les réponses recueillies sont restées anonymes. Les données ont été enregistrées sur internet : chaque participant accédait en ligne à un questionnaire *GoogleForms*, ce qui permettait à la fin de récupérer l'ensemble des réponses de tous les participants dans un tableau compatible avec *Excel*.

Analyse statistique des données.

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel *Triomphe* développé au service de Biostatistique et Informatique médicale du CHU de Dijon.

Analyse quantitative.

Description.

Dans un 1^{er} temps, une analyse univariée a été réalisée pour chaque question à l'exception de l'âge, de l'ancienneté dans la MSP et de la question ouverte en fin de questionnaire. On a ainsi obtenu d'une part des fréquences (complétées par les effectifs) pour toutes les variables qualitatives, et d'autre part les médiane et moyenne (avec écart type) pour les deux variables quantitatives âge (années) et ancienneté dans la MSP (années), une différence entre médiane et moyenne révélant l'existence de valeurs extrêmes.

Comparaisons.

Dans un 2^e temps, nous avons cherché à déterminer si certaines réponses étaient influencées par les variables suivantes : le sexe, l'âge et l'ancienneté dans la MSP. Nous avons donc cherché un lien entre chacune de ces variables et les réponses à d'une part la question « Avez-vous déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans votre MSP ? » et d'autre part à la question « Avez-vous déjà réalisé un acte de télé-expertise dans votre MSP ? ». Puis nous avons cherché s'il existait un lien entre les variables âge et ancienneté dans la MSP et la question « connaissance des actes de télémédecine ». Nous avons ensuite cherché des différences d'avis entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation et ceux n'en ayant pas pratiqué, pour les questions suivantes : bénéfices de la téléconsultation, impact de la tarification à 25 euros, freins de la téléconsultation, situations cliniques pour lesquelles la téléconsultation peut ou pourrait se substituer à une consultation en présentiel. Nous avons aussi cherché des différences d'avis entre les MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise et ceux n'en ayant jamais réalisé pour les questions suivantes : freins de la télé-expertise, spécialités que

les participants souhaiteraient pouvoir contacter par télé-expertise si besoin et bénéfiques de la télé-expertise.

Les fréquences ont été comparées en testant statistiquement l'hypothèse nulle d'indépendance des variables considérées : le nombre total d'observations étant petit, il était difficile que tous les effectifs attendus valent au moins 10 pour le test du Chi², et le test exact de Fisher a été préféré. (Les deux tests ne sont pas équivalents, parce qu'ils ne considèrent pas les mêmes tableaux observables, mais un degré p exact avec une méthode un peu différente est préférable à un degré peut-être grossier avec la méthode de référence.) Une différence était dite significative si le degré « p » vérifiait $p < 0,05$ (seuil de signification).

Analyse qualitative.

Les réponses libres ont d'abord été séparées en deux groupes : d'abord celles des MG ayant déjà réalisé dans leur MSP un acte de télémédecine (téléconsultation ou télé-expertise), puis celles des MG n'ayant jamais réalisé d'acte de télémédecine. Les verbatim ont été analysés un par un et regroupés selon différents thèmes, sans recourir à un logiciel d'analyse qualitative.

IV. Résultats.

Au total, nous avons donc obtenu **35 questionnaires remplis**, soit un **taux de participation de 32,1%**.

1) Caractéristiques des participants.

a) Sexe :

Les participants sont **en majorité des hommes (23 participants)**.

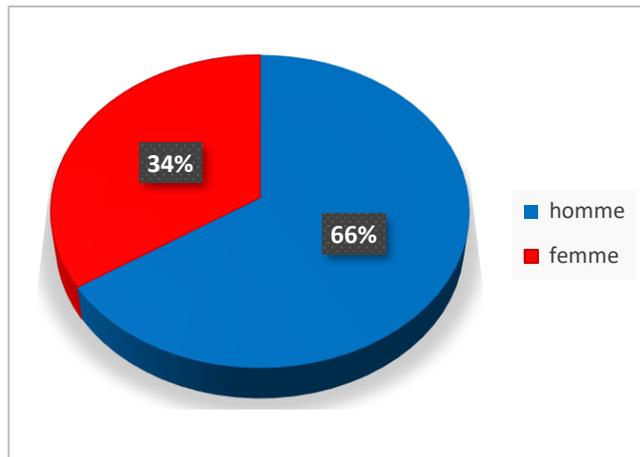


Figure 1 : Répartition par sexe des MG

b) Age.

Le plus jeune participant avait **32 ans** et le plus âgé **69 ans**.

L'âge médian était de **54 ans** et la moyenne d'âge de **51 ans** (avec un écart type de **12,2 ans**).

c) Ancienneté dans la MSP.

Pour les 35 participants, quatre valeurs étaient supérieures à 12 ans, mais les MSP existant depuis fin 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007), elles ont été exclues : **pour les 31 valeurs restantes**, la durée d'ancienneté dans la MSP avait pour médiane **4 ans** et pour moyenne **4,55 ans** (avec un écart type de **3,05 ans**).

2) Connaissance de la télémédecine.

a) Tous les participants ont déjà entendu parler de la télémédecine.

b) Parmi les cinq actes de télémédecine, était connues :

- la téléconsultation à 82,9% ;
- la télé-expertise à 80% ;
- la régulation médicale à 60% ;
- la télésurveillance médicale à 45,7% ;
- la téléassistance médicale à 20%.

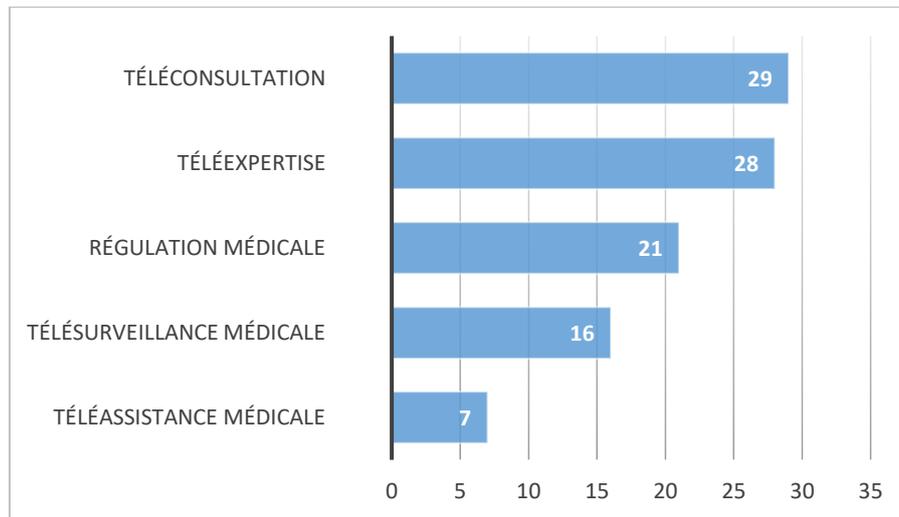


Figure 2 : Connaissance des actes de télémédecine (n=35)

Il n'est pas trouvé de lien entre les variables âge et ancienneté dans la MSP et la réponse à la question sur la connaissance des actes de télémédecine.

- Tous les résultats sont présentés dans les tableaux sous forme de pourcentages pour faciliter la comparaison avec d'autres d'études et les effectifs sont laissés entre parenthèses parce qu'ils sont parfois plus faciles à utiliser.

Tableau 1 : Lien entre âge et connaissance des actes de télémédecine

	Tranche d'âge des participants				p*
	32-54 ans (18)		55-69 ans (17)		
n=35	(n)	%	(n)	%	
Téléconsultation	(16)	88,9	(13)	76,5	0,401
Télé-expertise	(14)	77,8	(14)	85,4	0,999
Régulation médicale	(9)	50	(12)	70,6	0,305
Télésurveillance médicale	(7)	38,9	(9)	52,9	0,505
Téléassistance médicale	(3)	16,7	(4)	23,5	0,690

*p = degré de signification Chi2/Fisher

Tableau 2 : Lien entre ancienneté dans la MSP et connaissance des actes de télé médecine

n'=31	Ancienneté dans la MSP				p*
	0,2-4 ans (16)		5-10 ans (15)		
	(n')	%	(n')	%	
Téléconsultation	(13)	81,3	(12)	80	0,999
Télé-expertise	(12)	75	(13)	86,7	0,653
Régulation médicale	(8)	50	(11)	73,3	0,273
Télésurveillance médicale	(7)	43,8	(7)	46,7	0,999
Téléassistance médicale	(3)	18,8	(3)	20	0,690

*p = degré de signification Chi2/Fisher

3) Téléconsultation et avenant 6 à la Convention médicale.

a) MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP.

Sur les 35 participants, il y en avait **9** qui **avait déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leurs MSP.**

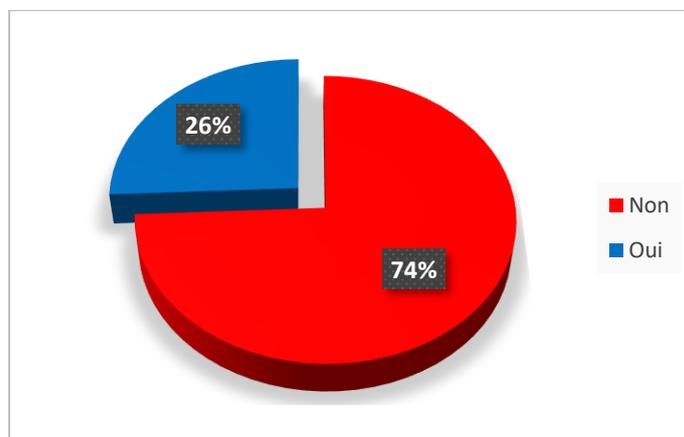


Figure 3 : MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP

Il n'est pas trouvé de différence statistiquement significative entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP et ceux n'en ayant pas pratiqué, cela pour le sexe, l'âge et l'ancienneté dans la MSP.

Tableau 3 : MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP en fonction du sexe, de l'âge et de l'ancienneté dans la MSP

MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP						
		Oui (9)		Non (26)		
		(n)	%	(n)	%	p*
n=35						
SEXE						
Homme		(6)	66,7	(17)	65,4	0,999
Femme		(3)	33,3	(9)	34,6	
AGE						
32-54 ans		(5)	55,6	(13)	50	0,999
55-69 ans		(4)	44,4	(13)	50	
MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP						
		Oui (9)		Non (22)		
		(n')	%	(n')	%	p*
n'=31						
ANCIENNETE DANS LA MSP						
0,2-4 ans		(5)	55,6	(11)	50	0,443
5-10 ans		(4)	44,4	(11)	50	
*p = degré de signification Chi2/Fisher						

b) Parmi les 9 MG ayant déjà pratiqué un acte de consultation dans leurs MSP, **66,7%** d'entre eux (n=6) **déclaraient moins d'un acte par semaine**, et 33,3% d'entre eux (n=3) déclaraient entre un et trois actes par semaine.

c) Durée de l'acte de téléconsultation.

Pour les 9 MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation, celui-ci a duré **entre 10 et 20 minutes pour 2/3 d'entre eux** (n=6).

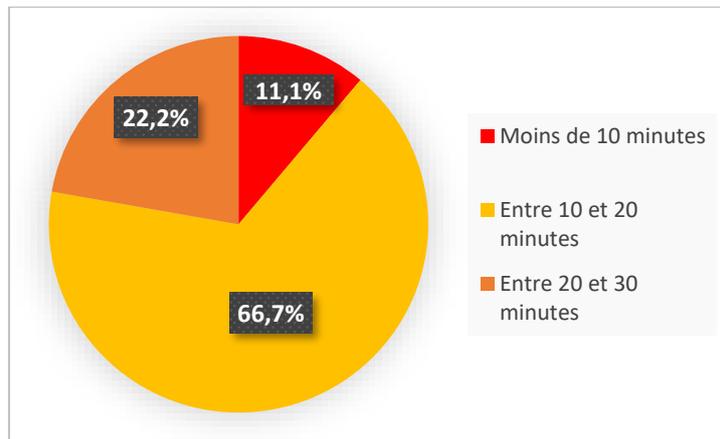


Figure 4 : Durée de l'acte de téléconsultation

d) Pour les 9 MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation, **55,6% d'entre eux (n=5) l'ont fait lors de plages horaires dédiées et 44,4% d'entre eux (n=4) à n'importe quel moment de la journée.**

e) La question suivante permettait aux 35 MG de donner plusieurs réponses sur **la(es) raison(s) pour lesquelles la téléconsultation améliore ou améliorerait leur pratique.**

Il en ressort, par ordre décroissant, les pourcentages suivants pour chacun des éléments de réponse :

- « D'améliorer l'accès aux soins en zones sous-denses » à 65,7% ;
- « De faire une offre de soins à des personnes isolées géographiquement, qui ont des difficultés à se déplacer (patient handicapé, grabataire, sans moyen de transport) » à 62,9% ;
- « De suivre plus facilement et régulièrement un patient dont l'état de santé le nécessite, améliorant ainsi son suivi » à 42,9% ;
- « De réduire le nombre de visites à domicile » à 34,3% ;
- « Aucune de ces propositions » à 17,1% ;
- « D'augmenter le nombre de consultations par jour » à 5,7%.

Le tableau ci-dessous montre que **les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP sont significativement plus fréquents à mentionner le bénéfice « améliorer l'accès aux soins en zones sous-denses » (p = 0,015).**

Tableau 4 : Comparaison des avis sur les bénéfices de la téléconsultation entre MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation et ceux n'en ayant pas pratiqué

n=35	MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP				p*
	Oui (9)		Non (26)		
	(n)	%	(n)	%	
BENEFICES DE LA TELECONSULTATION					
Améliorer l'accès aux soins en zones sous-denses	(9)	100	(14)	53,9	0,015
Faire une offre de soins à des personnes isolées	(7)	77,8	(15)	57,7	0,431
Suivre plus facilement/régulièrement un patient	(6)	66,7	(9)	34,6	1
Réduire le nombre de visites à domicile	(3)	33,3	(9)	34,6	0,999

*p = degré de signification Chi2/Fisher

f) Les MG connaissant l'avenant 6 à la Convention médicale sont presque aussi nombreux que ceux ne le connaissant pas.

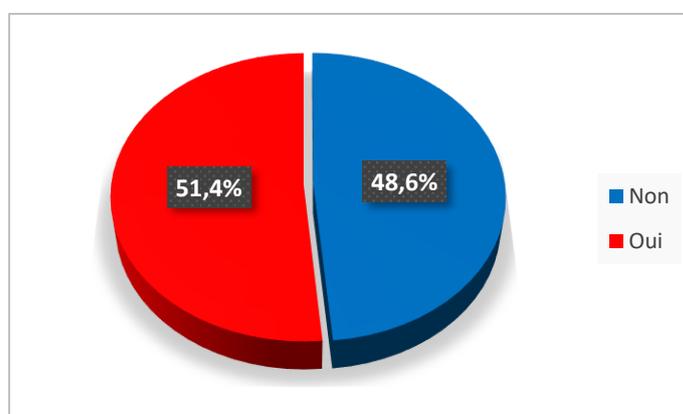


Figure 5 : MG connaissant l'avenant 6

g) Chez les 35 MG, la **tarification à 25 euros** d'une téléconsultation, similaire à celle d'une consultation en présentiel, **pourrait favoriser le recours à la téléconsultation** dans leur pratique pour **51,4% d'entre eux** (n=18).

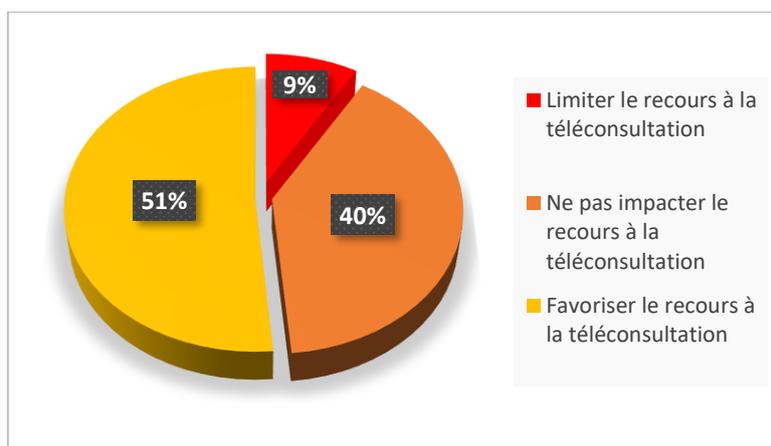


Figure 6 : Impact de la tarification à 25 euros d'une téléconsultation sur la pratique des MG

Il existe une différence significative entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP et ceux n'en ayant jamais pratiqué, cela pour l'impact de la tarification à 25 euros ($p = 0,0499$).

Tableau 5 : Comparaison des avis sur l'impact de la tarification à 25 euros de la téléconsultation entre MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation et ceux n'en ayant pas pratiqué

n=35	MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP				p*
	Oui (9)		Non (26)		
	(n)	%	(n)	%	
TARIFICATION A 25 EUROS					
Ne pas impacter son recours	(1)	11,1	(13)	50	0,0499
Limiter son recours	(2)	22,2	(1)	3,9	
Favoriser son recours	(6)	66,7	(12)	46,2	

*p = degré de signification Chi2/Fisher

h) Selon les 35 participants, **ce qui limiterait principalement le recours à la téléconsultation** serait (par ordre décroissant) :

- « L'absence de l'examen physique du patient » à 57,1% ;
- « Le risque de perdre du temps » et « les problèmes techniques, le manque de fiabilité et de sécurité des données » à 45,7% ;
- « La nécessité d'une coordination entre le téléconsulté et le téléconsultant » à 42,9% ;
- « L'engagement de sa responsabilité » à 34,3% ;

- « Le coût trop élevé pour s'équiper » à 25,7% ;
- « Le manque de formation et d'information » et « la dégradation de la relation médecin-malade » à 22,9% ;
- « Son inutilité dans la pratique au quotidien » à 20% ;
- « La crainte d'une concurrence déloyale (perte des pathologies aiguës) » à 5,7%.

Il n'existe pas de différence significative entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP et ceux n'en ayant pas pratiqué, cela pour leurs avis sur les freins au recours à la téléconsultation.

Tableau 6 : Comparaison des avis sur les freins au recours à la téléconsultation entre MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation et ceux n'en ayant pas pratiqué

	MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP				p*
	Oui (9)		Non (26)		
	(n)	%	(n)	%	
n=35					
FREINS A LA TELECONSULTATION					
L'absence de l'examen physique du patient	(3)	33,3	(17)	65,4	0,129
Les problèmes techniques/fiabilité/sécurité	(4)	44,4	(12)	46,2	0,999
Le risque de perdre du temps	(5)	55,6	(11)	42,3	0,700
La nécessité d'une coordination entre le téléconsulté et le téléconsultant	(6)	66,7	(9)	34,6	0,129
L'engagement de sa responsabilité	(2)	22,2	(10)	38,5	0,449

*p = degré de signification Chi2/Fisher

i) La question permettait de donner plusieurs réponses sur **la(es) situation(s) pour la(es)quelle(s) la téléconsultation peut ou pourrait se substituer à une consultation classique :**

Selon les 35 participants, on trouvait par ordre décroissant :

- « Discussion des résultats d'analyses/examens » à 80% ;
- « Suivi de pathologies chroniques (HTA, diabète, dysthyroïdie) » à 45,7% ;
- « Motif d'ordre administratif » à 40% ;
- « Médecine préventive, statut vaccinal » à 37,1% ;
- « Prise en charge d'une anomalie du bilan lipidique » et « Renouvellement de traitement médicamenteux » à 31,4% ;

- « Motif d'ordre psychologique (dépression etc...) » à 22,9% ;
- « Prise en charge de troubles du sommeil » à 14,3% ;
- « Aucune » à 11,4% , « Symptômes respiratoires (toux, congestion nasale, symptômes et plaintes de la gorge) » et « Fièvre » à 2,9%.

Il n'existe pas de différence significative entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP et ceux n'en ayant pas pratiqué, cela pour les avis sur les motifs de consultation pouvant être traités par téléconsultation à la place d'une consultation en présentiel.

Tableau 7 : Comparaison des avis sur les motifs de consultation pouvant être traités par téléconsultation à la place d'une consultation en présentiel entre MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation et ceux n'en ayant pas pratiqué

n=35	MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP				p*
	Oui (9)		Non (26)		
	(n)	%	(n)	%	
MOTIFS DE CONSULTATION					
Discussion des résultats d'analyses/examens	(8)	88,9	(20)	76,9	0,647
Suivi de pathologies chroniques (HTA, diabète, dysthyroïdie)	(5)	55,6	(11)	42,3	0,700
Motif d'ordre administratif	(3)	33,3	(11)	42,3	0,711
Médecine préventive, statut vaccinal	(3)	33,3	(10)	38,5	0,999
Prise en charge d'une anomalie du bilan lipidique	(3)	33,3	(8)	30,8	0,999
Renouvellement de traitement médicamenteux	(4)	44,4	(7)	26,9	0,415

*p = degré de signification Chi2/Fisher

4) Télé-expertise.

a) A la question « **Avez-vous déjà réalisé un acte de télé-expertise dans votre MSP ?** », la **majorité** (n=20) des 35 participants **a répondu « oui ».**

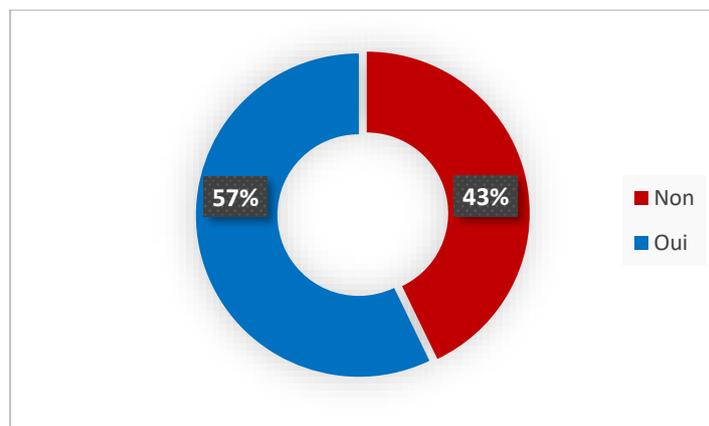


Figure 7 : MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP

Il n'existe pas de différence significative entre les MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP et ceux n'en ayant pas réalisé, cela pour le sexe, l'âge et l'ancienneté dans la MSP.

Tableau 8 : MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP en fonction du sexe, de l'âge et de l'ancienneté dans la MSP

	MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP				
	Oui (20)		Non (15)		p*
	(n)	%	(n)	%	
n=35					
SEXE					
Homme	(15)	75	(8)	53,3	0,282
Femme	(5)	25	(7)	46,7	
AGE					
32-54 ans	(10)	50	(8)	53,3	0,999
55-69 ans	(10)	50	(7)	46,7	
	MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP				
	Oui (18)		Non (13)		p*
	(n')	%	(n')	%	
n'=31					
ANCIENNETE DANS LA MSP					
0,2-4 ans	8	44,4	8	61,5	0,999
5-10 ans	10	55,6	5	38,5	

*p = degré de signification Chi2/Fisher

b) A la question « **Quels sont, selon vous, les principaux freins à la télé-expertise ?** » où il était donné aux 35 MG la possibilité de donner 2 réponses, on trouvait, par ordre décroissant :

- « Le faible nombre de spécialités de second recours envisagé » à 60% ;
- « La faible disponibilité des acteurs » à 54,3% ;
- « Le manque de temps » à 42,9% ;
- « Le manque de formation et d'information » à 31,4% ;
- « L'engagement de sa responsabilité » à 11,4% ;
- « Le manque de protection des données, de fiabilité » à 5,7%.

Le tableau ci-dessous montre que **les MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP sont significativement moins fréquents à citer comme frein au recours à la télé-expertise « la faible disponibilité des acteurs » (p=0,0016), et significativement plus nombreux à citer « le manque de temps » (p=0,0003).**

Tableau 9 : Comparaison des avis sur les freins au recours à la télé-expertise entre MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise et ceux n'en ayant pas réalisé

	MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP				p*
	Oui (20)		Non (15)		
n=35	(n)	%	(n)	%	
FREINS A LA TELEEXPERTISE					
Le faible nombre de spécialités de second recours envisagé	(10)	50	(11)	73,3	0,295
La faible disponibilité des acteurs	(6)	30	(13)	86,7	0,0016
Le manque de temps	(14)	70	(1)	6,8	0,0003
Le manque de formation et d'information	(5)	25	(6)	40	0,467

*p = degré de signification Chi2/Fisher

c) Selon les 35 MG, **les spécialistes sollicités régulièrement** dans leurs pratiques, **pouvant être contactées plus rapidement via la télé-expertise** seraient, par ordre décroissant :

- « Cardiologue (HOLTER MAPA, ECG) » et « Dermatologue (lésion tumorale, plaies chroniques) » à 88,6% ;
- « Endocrinologue (interprétation bilan hormonal) » et « Néphrologue (adaptation de traitement) » à 42,9% ;

- « Gériatre (évaluation d'un patient complexe, discussion en vue d'une hospitalisation) » à 37,1% ;
- « Psychiatre (adaptation de traitement) » à 34,3% ;
- « Pneumologue (imagerie, adaptation de traitement) » à 31,4% ;
- « Orthopédiste (imagerie) » et « Neurologue (évaluation, adaptation de traitement) » à 28,6% ;
- « Cancérologue (évaluation, suivi) » à 22,9% ;
- « Aucun » à 2,9%.

Le tableau ci-dessous montre que **les MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP sont significativement plus fréquents à citer le « dermatologue » comme pouvant être contacté plus rapidement en télé-expertise (p=0,0261).**

Tableau 10 : Comparaison des avis sur les spécialistes sollicités régulièrement dans la pratique qui pourraient être contactés plus rapidement via la télé-expertise, entre MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise et ceux n'en ayant pas réalisé

	MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP				p*
	Oui (20)		Non (15)		
	(n)	%	(n)	%	
n=35					
SPECIALITES SOLLICITEES					
Cardiologue (HOLTER MAPA, ECG)	(19)	95	(12)	80	0,292
Dermatologue (lésion tumorale, plaies chroniques)	(20)	100	(11)	73,3	0,0261
Endocrinologue (interprétation bilan hormonal)	(9)	45	(6)	40	0,999
Néphrologue (adaptation de traitement)	(9)	45	(6)	40	0,999
Gériatre (évaluation d'un patient complexe, discussion en vue d'une hospitalisation)	(8)	40	(5)	33,3	0,737
Psychiatre (adaptation de traitement)	(8)	40	(4)	26,7	0,488

*p = degré de signification Chi2/Fisher

d) La question suivante permettait aux 35 participants de citer les 3 **principaux bénéfiques de la télé-expertise** dans leur pratique.

On obtenait donc par ordre décroissant de fréquences :

- « Raccourcir le délai d'obtention d'un avis spécialisé » à 100% ;
- « Favoriser la coopération, la concertation avec les médecins spécialistes » à 65,7% ;

- « Améliorer ses compétences médicales par le retour des spécialistes » à 62,9% ;
- « Favoriser la continuité des soins et la prise en charge globale du patient » à 57,1% ;
- « Obtenir une réponse sécurisée » et « Obtenir une réponse tracée (protection juridique du médecin généraliste grâce à la traçabilité) » à 25,7% ;
- « Avoir une pratique innovante » à 22,9%.

Il n'existe pas de différence significative entre les MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP et ceux n'en ayant pas réalisé, cela pour les avis sur les bénéfices de la télé-expertise.

Tableau 11 : Comparaison des avis sur les bénéfices de la télé-expertise entre MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise et ceux n'en ayant pas réalisé

n=35	MG ayant déjà réalisé un acte de télé-expertise dans leur MSP				p*
	Oui (20)		Non (15)		
	(n)	%	(n)	%	
BENEFICES DE LA TELE-EXPERTISE					
Favoriser la coopération, la concertation avec les médecins spécialistes	(15)	75	(8)	53,3	0,282
Améliorer ses compétences médicales par le retour des spécialistes	(13)	65	(9)	60	0,999
Favoriser la continuité des soins et la prise en charge globale du patient	(11)	55	(9)	60	0,999
Obtenir une réponse sécurisée	(7)	35	(2)	13,3	0,244
Obtenir une réponse tracée	(7)	35	(2)	13,3	0,244

*p = degré de signification Chi2/Fisher

5) Axes d'amélioration et perspectives d'avenir.

a) A la question ouverte « **Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à intégrer plus de télémédecine dans votre pratique ?** », les 35 participants avaient la possibilité de donner une réponse courte. Ces réponses sont présentées par thème, selon que le médecin a déjà réalisé, ou non, de la télémédecine dans sa MSP.

Groupe 1 : Réponses des MG ayant déjà réalisé un acte de télé médecine (téléconsultation ou télé-expertise) dans leur MSP :

<u>THEMES</u> (nombre de réponses)	<u>VERBATIM</u>
ASPECT MATERIEL (9)	<i>« prise en charge du matériel par la CPAM/ARS/CONSEIL GENERAL », « équipement disponible dans toutes les EHPAD », « utilisation d'outil pratique comme IPHONE sur une application », « Intégration dans le SI », « Une intégration complète dans nos SI », « une facilitation du paiement à distance carte bancaire », « plus de plateaux techniques dédiés pour les spécialistes qui sont volontaires mais non accessibles », « plus d'aisance dans la maîtrise des logiciels de téléexpertise », « une approche pluri professionnelle de l'animation de la plateforme de télé médecine »</i>
ASPECT TEMPS (5)	<i>« temps dédié », « Plus de temps à y consacrer », « optimiser le temps médical », « libérer du temps », « plus de disponibilité »</i>
SPECIALISTES CORRESPONDANTS (5)	<i>« plus de correspondants », « Le manque de spécialiste », « Pour la téléexpertise, plus d'implication des spécialistes », « délai de réponse du spé », « Une réponse plus rapide »</i>
REMUNERATION (3)	<i>« rémunération », « Meilleure rémunération », « acte à 30 euro »</i>
FORMATION (1)	<i>« se former à cette pratique »</i>
REFRACTAIRE (1)	<i>« Pas du tout tentée par la téléconsultation »</i>
SOUTIEN HUMAIN (1)	<i>« 2ème Ide Asalee »</i>

Groupe 2 : Réponses des MG n'ayant pas réalisé d'acte de télémédecine (téléconsultation ou télé-expertise) dans leur MSP :

<u>THEMES</u> (nombre de réponses)	<u>VERBATIM</u>
ASPECT MATERIEL (7)	« Mise à disposition d'un équipement fiable et simple d'utilisation », « matériel adéquat », « Simplicité et confidentialité », « la simplicité de mise en œuvre », « réseau internet fiable et suffisant », « facilité d'installation et de manipulation », « le travail en ehpad »
SPECIALISTES CORRESPONDANTS (2)	« pouvoir compter sur des correspondants », « accessibilité au spécialiste »
REFRACTAIRES (2)	« Pas grand-chose, je n'ai pas fait ce travail pour être devant un ordinateur », « rien »
REMUNERATION (1)	« Temps rémunéré »
SOUTIEN HUMAIN (1)	« interlocuteur fiable (IDE domicile) si personne fragilisée (patient âge, polypathologique »

b) A la question « **Pensez-vous que la télémédecine fera partie de votre quotidien dans les 5 années à venir ?** » la majorité (n=27) des 35 MG répondent « oui ».

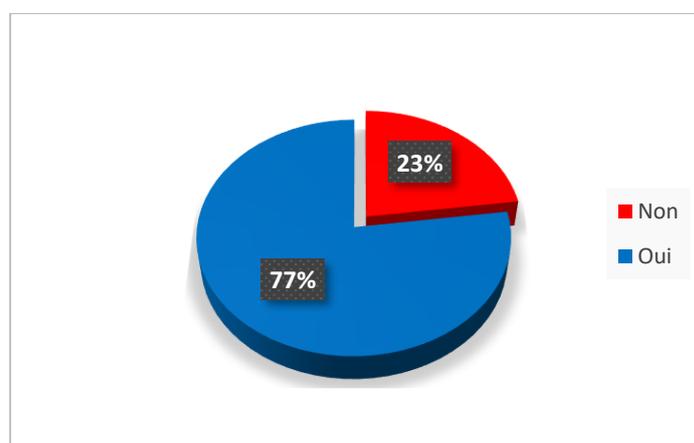


Figure 8 : MG considérant que la télémédecine fera partie de leur quotidien dans les 5 prochaines années

V. Discussion.

Dans leur MSP, la majorité des 35 participants a déjà réalisé un acte de télé-expertise et un quart d'entre eux ont déjà pratiqué un acte de téléconsultation : parmi eux, deux tiers en réalisent moins d'un par semaine, estiment sa durée entre 10 et 20 minutes et accueillent favorablement sa tarification à 25 euros. Seule la moitié des 35 MG dit connaître l'avenant 6 à la Convention médicale. Parmi les motifs de consultation pouvant être traités par téléconsultation, le plus cité par les MG est la « Discussion des résultats d'analyses/examens » et les moins cités sont les « Symptômes respiratoires (toux, congestion nasale, symptômes et plaintes de la gorge) » et la « Fièvre ». Les limites de ces pratiques concernent l'aspect matériel, le manque de temps et le faible nombre de spécialistes joignables. Cependant, trois quarts des MG considèrent que la télémédecine fera partie de leur quotidien dans les 5 prochaines années.

Points forts.

- Cette étude est originale parce qu'elle décrit, outre les attentes des MG concernant la télémédecine, la place de celle-ci dans leur pratique. L'objectif principal n'a pas été vu dans d'autres thèses (d'après les recherches effectuées dans le catalogue du Système Universitaire de Documentation SUDOC) ;
- L'enquête est d'actualité car la télémédecine est en plein essor et l'avenant 6 à la Convention médicale est entré en vigueur récemment.

Points faibles.

- Les résultats sont à nuancer car le nombre de participants est relativement faible (n=35) par rapport au nombre de sollicités (109 MG), ce qui laisse craindre une faible représentativité de l'échantillon et un manque de puissance lié au faible effectif ;
- Il n'a pas été demandé aux MG par quel canal (Développement Professionnel Continu (DPC), revue médicale, e-formation, reportage télévisé etc...) ils avaient entendu parler des actes de télémédecine, et le sujet de la formation à la télémédecine n'a pas été abordé ;
- Il n'a pas non plus été demandé, aux MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP, le type de plateforme de téléconsultation utilisée (celle du GCS e-santé de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté ou une plateforme privée à préciser) ni son mode d'utilisation (MG en vidéotransmission avec un patient seul ou accompagné - et par qui- ou MG accompagnant le patient lors d'une téléconsultation avec un spécialiste) pour les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP.

Biais.

Biais de sélection : Risque de surreprésentation des MG ayant déjà pratiqué la téléconsultation ou la télé-expertise, car ils sont probablement ceux les plus intéressés par le sujet ;

Biais d'incompréhension : Risque de sous-estimation des fréquences de certaines réponses dans le cas des questions limitées à 2 réponses, car certains MG ont donné 3-4 réponses (qui auraient pu être données par les autres MG).

1) Caractéristiques des participants.

Sexe.

Si on se réfère aux données du CNOM, « *les femmes représentent au 1^{er} janvier 2018, 48,2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière* » (1). Dans le territoire bourguignon (départements de la Côte-d'Or, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne), d'après la cartographie interactive du CNOM, les femmes représentent 40,1% des MG en activité régulière. Dans notre étude, la proportion de femmes (34,3%) est donc inférieure à celle des MG en activité régulière au niveau tant national que territorial.

Age.

Le CNOM indique que l'âge moyen des MG en activité régulière est de 50,6 ans en 2018 (1). La moyenne d'âge des participants de notre étude (51 ans) est représentative de celle des MG en activité régulière au niveau national. On aurait pu s'attendre à observer un âge moyen inférieur : en effet l'exercice coordonné en MSP est relativement récent (23) et attirerait les jeunes MG (24).

2) La télé-expertise plus répandue que la téléconsultation.

Notre objectif principal était de déterminer la proportion de MG ayant déjà utilisé la téléconsultation ou la télé-expertise dans leur MSP. **Environ un quart des participants (26%) avait déjà pratiqué un acte de téléconsultation** [figure 3] et **la majorité d'entre eux (57,1%) avait déjà réalisé un acte de télé-expertise** [figure 7], **au sein de leur MSP**. Chez les MG ayant déjà réalisé un acte de téléconsultation la quasi-totalité avait déjà pratiqué un acte de télé-expertise (88,9%) : cette dernière est plus simple d'utilisation que la téléconsultation surtout parce qu'elle ne nécessite pas de synchronisation entre les médecins, contrairement à la téléconsultation qui impose un échange par vidéotransmission entre les utilisateurs. On constate que les MG utilisent davantage la télé-expertise que la téléconsultation, ce qui confirme les informations fournies par Mr. Carlin, chargé de mission télémédecine à l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, qui nous expliquait qu'« *en 2018, 90% des actes de TLM en Bourgogne-Franche-Comté sont des actes de télé-expertise, les téléconsultations*

représentent seulement 10% des actes et se font essentiellement entre patient et médecin spécialiste ». Notre étude n'a pas trouvé pour l'âge de différence statistiquement significative entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation ou de télé-expertise dans leur MSP et ceux n'en ayant jamais pratiqué pour l'âge [tableaux 3 et 8] : on aurait pu attendre une utilisation plus importante chez les plus jeunes MG (32-54 ans), plus éloignés de la retraite donc plus enclins à recourir un jour à la télémédecine et à priori plus à l'aise avec les nouvelles technologies. Si on se réfère à la littérature, nous avons trouvé peu d'études évaluant la proportion de MG ayant déjà utilisé la téléconsultation ou la télé-expertise. La thèse de Fanny Cypriani « Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français » montrait que seulement 2,55% des médecins participants (généralistes ou spécialistes) avaient déjà testé un dispositif de téléconsultation (dispositif HOPI : un chariot équipé d'une caméra et de matériel médical côté patient et d'un ordinateur avec caméra, haut-parleur et microphone côté médecin) (20). Une étude plus récente sur les pratiques et opinions de 115 médecins libéraux, dans le Calvados, l'Orne et la Manche, montrait que seuls 12% d'entre eux avaient déjà testé la téléconsultation, et qu'un peu plus (18%) avaient testé la téléexpertise (25). Ces études présentent des taux bien inférieurs aux nôtres, certes les échantillons étudiés et les zones géographiques diffèrent, mais on peut tout de même penser que ces pratiques ont tendance à se déployer de plus en plus en France. Notons que le territoire bourguignon est un lieu propice au développement de la télémédecine car il comprend de nombreuses zones rurales sous-médicalisées et le vieillissement de la population y est plus élevé qu'au niveau national (26), ce qui entraîne l'augmentation des pathologies chroniques nécessitant un suivi et des avis d'experts fréquents. Par ailleurs, le sujet semble avoir intéressé une proportion non négligeable de participants n'ayant jamais utilisé la télémédecine, ou tout du moins suscité leur curiosité, suggérant une certaine ouverture à ces technologies ce qui est plutôt de bon augure pour l'avenir de la télémédecine.

3) Connaissance préalable de la télémédecine.

Tous les participants ont déjà entendu parler de la télémédecine fin 2018, ce qui est peu étonnant puisque celle-ci est largement traitée dans les différents médias, et encore plus depuis son entrée dans le droit commun en septembre 2018 ; en outre, le plan stratégique de déploiement national de la télémédecine est appliqué depuis presque 10 ans déjà. Lorsqu'on leur demande de préciser les actes de télémédecine qu'ils connaissent, on obtient en tête la téléconsultation et la télé-expertise (respectivement citées par 82,9% et 80% des participants) [figure 2]. On peut donc penser que les divers canaux d'information (développement professionnel continu, revue médicale, e-formation, articles de newsletters, reportage télévisé etc...) concernant la téléconsultation et la télé-expertise ont été efficaces ces dernières années. Une étude de 2017 montre des réponses différentes avec la

téléconsultation en 2nde position (54,3%) et la télé-expertise en dernière position (13%) (27) mais cette enquête concernait les MG de l'association SOS Médecins Grand Paris, donc le secteur urbain contrairement à notre étude, tout en s'intéressant aussi aux zones déficitaires classées ZIP comme les XVIII^e et XIX^e arrondissements et le département 93 (28). Par ailleurs, on pouvait se demander avec quelle précision les participants connaissaient ces deux techniques, car d'intégrer de la télé-médecine dans sa pratique exige une bonne maîtrise du sujet. Une étude de 2016 montrait que certains MG avaient encore une « *définition imprécise* » et approximative de la télé-médecine (21).

4) La téléconsultation dans la pratique des MG exerçant en MSP.

Un manque d'information concernant l'avenant 6 à la Convention médicale.

Seule un peu plus de la moitié des participants (51,4%) connaissait cet avenant [figure 5], ce qui est faible étant donné que ces MG exercent dans des lieux privilégiés par l'ARS pour déployer la télé-médecine, on peut donc penser que les MG n'ont pas été suffisamment informés. L'ARS informe sur la télé-médecine de plusieurs façons, notamment dans différents salons, dont les journées nationales de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) et en intervenant dans les formations initiales et continues. Cet avenant apporte plusieurs éléments de réponse aux nombreux freins cités par les MG, notamment concernant la rémunération (21) (29), en rendant le tarif de la téléconsultation égal à celui d'une consultation en présentiel (soit 25 euros pour un MG en secteur 1), en partant du principe que la téléconsultation se substituait à une consultation en présentiel et ne générerait alors pas de surcoût à l'Assurance Maladie.

La tarification de la téléconsultation globalement bien accueillie.

La majorité des participants (66,7%) ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP trouvent que la tarification à 25 euros pourrait favoriser son recours, ils semblent donc satisfaits de cette mesure [tableau 5]. Les MG n'ayant jamais pratiqué d'acte de téléconsultation dans leur MSP sont très partagés car la moitié (50%) d'entre eux pensent que la tarification n'aura pas d'impact, laissant imaginer que la rémunération n'est pas centrale pour eux, et presque l'autre moitié (46,2%) pensent qu'elle pourrait favoriser le recours à la téléconsultation. Cette tarification semble donc globalement bien accueillie et pourrait inciter les MG à avoir recours à la téléconsultation. Cette pratique étant récente, nous n'avons pas trouvé de point de comparaison dans une autre étude.

La téléconsultation tient encore une place marginale dans la pratique des MG.

Dans sa MSP, le MG peut réaliser une téléconsultation, soit avec un patient (situé à son domicile ou dans un lieu dédié équipé comme un EHPAD ou une officine), soit en tant qu'accompagnateur d'un patient au cours d'une consultation commune avec un médecin spécialiste. En outre, les MG ont plusieurs possibilités pour réaliser de la téléconsultation ou de la télé-expertise depuis leur MSP, en utilisant soit la plateforme de télémédecine portée par le GCS e-santé de l'ARS (si la MSP en est équipée après validation par l'ARS du projet de télémédecine établi par les médecins de la structure), soit des plateformes privées de téléconsultation (*Medicitus, Docavenue, Doctolib* etc....) ou de télé-expertise (*Omnidoc, Postelo* etc...) qui requièrent pour la plupart un abonnement mensuel payant, pouvant freiner leur utilisation.

Dans notre étude, la majorité (2/3) des MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation en réalise moins d'un par semaine, mais aucun d'entre eux n'en réalise plus de trois par semaine. Une étude d'Avril 2017 publiée par *Doctolib* (site de rendez-vous médicaux en ligne), s'intéressant à l'activité des MG à partir des données anonymisées sur une année des agendas professionnels de 2480 d'entre eux, révélait qu'ils réalisaient en moyenne 22 consultations par jour d'une durée moyenne de 17 minutes (30). Cette étude ne tenait en revanche pas compte des MG qui consultaient sans rendez-vous. Sur la base des données ci-dessus : si on prend l'exemple d'un MG travaillant 5 jours sur 7, qui réaliserait 110 consultations par semaine, et pratiquerait 3 téléconsultations par semaine, la téléconsultation n'occuperait que 2,73% de l'ensemble de ses consultations hebdomadaires. Concernant la planification, un peu plus de la moitié (55,6%) des MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation l'ont fait lors de plages horaires dédiées, suggérant l'idée que certains l'aient déjà « adoptée » et intégrée dans leurs plannings. Pour ceux l'ayant pratiqué à n'importe quel moment de la journée, on peut penser que certains ont été curieux et ont juste voulu tester. Comme l'explique Dr. Pierre Simon (ancien président de la Société Française de Télémédecine), les MG exerçant en zone sous-dotée ne pourront effectuer de téléconsultation que s'ils en ont le temps ou que s'ils mettent en place une nouvelle organisation de travail, notamment à travers la création d'organisations collectives territoriales (MSP, centre de santé, CPTS, équipe de soins primaires) (31).

La téléconsultation dure au moins aussi longtemps qu'une consultation en présentiel.

Dans notre étude, la majorité (2/3) des MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation estimait qu'il durait entre 10 et 20 minutes [figure 4]. Notre questionnaire ne permettait pas de déterminer de durée moyenne par consultation. Selon une enquête de la DREES de 2002, portant sur « la durée des séances des médecins généralistes », environ 70% des séances durent entre 10 et 20

minutes avec une durée moyenne par consultation au cabinet évaluée à 15 minutes (32). Cette durée moyenne varie peu si on se réfère à l'étude ECOGEN (réalisée de décembre 2011 à avril 2012) qui établit une durée moyenne de 16,7 minutes par consultation (33). On constate que la durée de l'acte de téléconsultation la plus citée dans notre enquête correspond à celle d'une consultation en présentiel, on peut donc supposer que la téléconsultation ne permettra à priori pas aux MG de dégager du temps médical. Cette hypothèse ressort ailleurs dans notre étude puisque seulement 5,71% des 35 MG interrogés pensent que la téléconsultation permettrait d'augmenter le nombre de consultations par jour et surtout qu'aucun des 9 MG ayant déjà pratiqué ne le pense.

Par ailleurs, il est évident que la durée de l'acte de téléconsultation va varier avec le motif de consultation (aigu ou chronique) : une téléconsultation avec un patient âgé polypathologique par exemple nécessitera davantage de temps médical que pour une conjonctivite. La téléconsultation peut également s'avérer plus longue qu'une consultation en présentiel, c'est le cas en Midi-Pyrénées, pour les téléconsultations réalisées entre résidents d'EHPAD et le CHU de Toulouse (17).

Les consultations pouvant être pris en charge par téléconsultation d'après les MG.

On constate une certaine homogénéité dans les avis entre les MG ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans leur MSP et ceux n'en ayant jamais pratiqué [tableau 7]. Ils sont majoritairement d'avis (80%) que le motif « discussion des résultats d'analyses/examens » pourrait être faite par téléconsultation. Nous n'avons pas demandé de précision mais on peut imaginer qu'il s'agit de résultats nécessitant une prise en charge plutôt simple comme un bilan lipidique ou un dosage d'HbA1c. Il est intéressant de souligner que ce motif de consultation est le 5^e motif de consultation le plus fréquent en médecine générale, selon l'étude ECOGEN (33). Le motif « suivi de pathologies chroniques (HTA, diabète, dysthyroïdie) » qui est un des objectifs principaux visé par la téléconsultation et qui ressort en 3^e position des motifs les plus fréquents en médecine générale dans l'étude ECOGEN, ne fait pas l'unanimité puisque moins de la moitié des participants (45,7%) pensent qu'il pourrait être fait par téléconsultation. Certains MG redoutent probablement une substitution totale de leur pratique par ce mode de consultation à distance et une déshumanisation du lien médecin-malade. Son intérêt dans le suivi des pathologies chroniques a été démontré (34, 35). Dans la MSP de Guillon, un MG nous expliquait trouver un intérêt à faire des téléconsultations, en alternance avec des visites, avec ses patients d'un EHPAD éloigné du cabinet, car il pouvait les suivre plus fréquemment et évitait des déplacements chronophages. Cependant il n'y a qu'un tiers [tableau 4] des participants ayant déjà pratiqué la téléconsultation qui pense qu'elle pourrait réduire le nombre de visites à domicile. La téléconsultation pourrait

réduire le nombre de déplacements du MG lorsque le patient réside loin du cabinet, mais pas forcément si celui-ci vit à proximité car le MG pourra se rendre chez lui plus facilement.

Fin Mars 2019, l'Assurance Maladie a publié son premier bilan, six mois après l'introduction de la téléconsultation dans le droit commun des pratiques médicales : au 17 mars 2019, 7939 actes de téléconsultation ont été pris en charge. Ce bilan indique un « *déploiement progressif qui tend à s'accélérer* » avec un nombre moyen d'actes hebdomadaire inférieur à 200 en 2018, mais qui a dépassé les 700 actes par semaine depuis mi-février 2019 (36). Au cours des six derniers mois, ce sont les MG qui y ont le plus eu recours (40,2% des actes facturés) suivis par les autres spécialistes (32,2%) et les centres de santé (19,9%). Plusieurs avancées conventionnelles dont le but est de favoriser la participation d'autres professions de santé à la réalisation de téléconsultations sont en négociation ou déjà actées, citons notamment la signature de l'avenant 15 le 6 décembre 2018 (37), permettant aux pharmaciens de proposer via leur réseau d'officines de proximité une offre de soins à la population, et la création prochaine d'une rémunération des infirmiers libéraux pour accompagner un patient lors d'une téléconsultation. En revanche les organisations territoriales de soins (MSP, centre de santé, équipe de soins primaires, CPTS) censées apporter des solutions aux patients qui n'ont pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé, sont en cours de référencement et sont encore très peu nombreuses sur le territoire. Il existe d'ailleurs une polémique autour de certaines plateformes privées de téléconsultation qui contourneraient les conditions de l'avenant 6 soit en étant peu claires sur les modalités de remboursement aux patients, soit en créant des centres de santé (organisation territoriale de soins) pour « *rentrer dans les clous* » de l'avenant 6 (Annexe 3), mais en hébergeant virtuellement des médecins de toute la France. La direction de l'Assurance Maladie assure qu'elle bloquera les remboursements de ces plateformes, une fois repérées (38).

Les bénéfices attendus.

Tous les participants ayant déjà pratiqué un acte de téléconsultation trouvent que cette dernière améliore l'accès aux soins en zones sous-denses, ce qui suggère qu'ils voient en elle une solution pertinente [tableau 4]. En majorité (77,8%) ils considèrent la téléconsultation comme particulièrement utile à des personnes isolées géographiquement ou qui ont des difficultés à se déplacer (handicapées, grabataires, sans moyen de transport) et ils sont nombreux (66,7%) à y voir un moyen de suivre plus facilement et régulièrement un patient. Un peu plus de la moitié des MG [tableau 4] n'ayant pas pratiqué la téléconsultation pensent qu'elle permettrait d'améliorer l'accès aux soins en zones sous-denses, ce qui montre qu'ils restent ouverts à cette alternative. Pour la télé-expertise, le bénéfice cité par tous les participants, donc aussi par ceux l'ayant déjà

expérimentée, est de pouvoir « raccourcir le délai d'obtention d'un avis spécialisé », point essentiel pour pouvoir suivre plus facilement et plus fréquemment les patients qui en ont besoin, afin d'éviter des renoncements aux soins et des décompensations de pathologies, à l'origine de passages aux urgences coûteux pour notre système de santé. La majorité des participants pensaient aussi que la télé-expertise permettrait de « favoriser la continuité des soins et la prise en charge globale du patient », de « favoriser la coopération, la concertation avec les médecins spécialistes » et d'« améliorer ses compétences médicales par le retour des spécialistes » ce qui est plutôt favorable au déploiement de la télémédecine, si celle-ci participe également à la formation médicale continue des MG (35, 39) en complément des formations du DPC [tableau 11].

5) Les principaux freins au recours à la téléconsultation et à la télé-expertise.

- **Pour les MG ayant déjà pratiqué au moins un de ces actes :**

➤ La nécessité de coordonner le téléconsulté et le téléconsultant [tableau 6].

C'est la condition sine qua non pour que la téléconsultation soit définie comme telle. L'échange en vidéo-transmission entre le patient et le médecin doit se faire de façon synchrone afin de se rapprocher le plus possible d'une consultation en présentiel.

➤ L'aspect temps et l'aspect matériel.

La problématique du temps ressort clairement dans notre enquête [tableau 6 et 9] et dans les réponses libres de la question 19 : « temps dédié », « plus de temps à y consacrer », « plus de disponibilité ». Cet aspect apparaît aussi largement dans d'autres études (19, 40). Les MG choisissent d'exercer en MSP généralement pour gérer au mieux leur temps de travail et de repos (24), ils aspirent à un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, leurs périodes de travail sont difficilement extensibles. De plus, en Bourgogne, ils travaillent déjà beaucoup, en moyenne 59,2 heures par semaine (63,9 heures par semaine en zone rurale) contre 57 heures en moyenne au niveau national, cela s'expliquant par « près d'un médecin sur deux considère que la zone dans laquelle il exerce ne dispose pas d'un nombre suffisant de médecins généralistes » (41). On peut alors se demander comment les MG libéraux exerçant en zone désertée, aux plannings surchargés, trouveront le temps d'effectuer des téléconsultations ou des télé-expertises. Des solutions existeraient comme la mise en place de créneaux horaires dédiés à la télémédecine dans les MSP ou la délégation de certaines tâches, comme à la MSP de Seurre, où l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) Asalée (Action de santé libérale en équipe) se charge de faire la demande de télé-expertise sur l'outil informatique à partir des données transmises par le MG (ce qui prend entre 15 et 20

minutes par dossier) et d'archiver les réponses de l'expert dans le dossier patient. Elle accompagne également certains patients, avec leur accord, lors d'une téléconsultation avec un médecin spécialiste afin de renseigner celui-ci s'il le faut, et peut échanger ensuite avec le patient sur certains points de la consultation, ce qui lui permet également d'améliorer ses connaissances. Des négociations conventionnelles compliquées sont en cours entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins pour créer des postes d'assistants médicaux, évoqués dans le plan « Ma santé 2022 » (présenté par le Président de la République en Septembre 2018) : leur rôle reste à définir mais il pourrait inclure ces fonctions (42). Dr. Pierre Simon souligne que rémunérer une téléconsultation à 25 euros ne permettrait pas à celle-ci d'être de longue durée (environ 30 minutes) puisque les médecins perdraient en revenus. Il explique ainsi que la téléconsultation de longue durée est plutôt compatible avec un exercice salarié, comme en centre de santé, et que pour les médecins libéraux la situation actuelle favorise davantage les téléconsultations brèves, c'est-à-dire limitée à des affections aiguës bénignes (31). L'aspect du matériel ressort des réponses libres à la question 19, citant surtout la plateforme de télé-médecine, « *Intégration dans le SI* », « *Une intégration complète dans nos SI* », « *une facilitation du paiement à distance carte bancaire* », « *plus d'aisance dans la maîtrise des logiciels de télé-expertise* », « *une approche pluri professionnelle de l'animation de la plateforme de télé-médecine* », « *utilisation d'outil pratique comme IPHONE sur une application* ». En Bourgogne-Franche-Comté, c'est la plateforme sécurisée *TELMI* portée par l'ARS, qui est installée dans les MSP. Une application de cette plateforme pour smartphone est en cours de développement (*EMOSTIST MOBILITY*) et permettra par exemple d'effectuer une télé-expertise (électrocardiogramme, lecture de photos) depuis le domicile d'un patient. Les MG souhaitent une plateforme de télé-médecine plus simple d'utilisation et plus intuitive, avec un accès à celle-ci dans leur logiciel patient pour avoir tout sous la main : une demande de télé-expertise devrait se faire aussi facilement qu'un coup de téléphone à un spécialiste.

➤ **Le faible nombre de spécialités de second recours envisagé.**

Cet argument est avancé parce que les médecins spécialistes (cardiologue, dermatologue, ophtalmologue etc...) connaissent eux aussi une crise démographique, notamment en Bourgogne-Franche-Comté où leur densité est globalement inférieure à la moyenne nationale, et ils sont plus concentrés dans les grands pôles urbains qu'en milieu rural (43). L'ARS a commencé à développer dans les MSP des possibilités de télé-expertise par les spécialités les plus sollicitées par les porteurs de projet, à savoir la cardiologie et la dermatologie. L'élargissement de l'éventail des spécialités se fait graduellement. L'ARS Bourgogne-Franche-Comté nous a détaillé les actes de télé-expertise

et de téléconsultation par spécialité sur la période 2016-2018, effectués en MSP et groupement professionnel de santé :

Année	2018	2017	2016
Addictologie	26		
Cardiologie	476	362	39
Dermatologie	897	482	359
Endocrinologie	28		
Epilepsie	2		
Néphrologie	2		
Total	1431	844	398

En MSP, dans la plupart des cas, ce sont les MG qui proposent un spécialiste correspondant à la filière de soins locale, généralement des experts avec qui ils ont généralement l'habitude de travailler : la MSP de Seurre, en particulier, qui détient le plus grand nombre d'actes (environ 250) de télémédecine en 2018 sur la région, propose des télé-expertises depuis 2016 par la cardiologie du CH de Beaune et par des dermatologues libéraux de Beaune. Et depuis 2018, elle propose des télé-expertises avec la néphrologie du CH de Chalon et par l'endocrinologie et l'addictologie du CHU de Dijon. Une collaboration avec la rhumatologie est en projet.

- **Pour les MG n'ayant pratiqué aucun de ces actes :**

➤ **Absence de l'examen physique du patient en téléconsultation.**

C'est un frein majeur cité dans d'autres études (21, 40). Dr. Pierre Simon rappelait que « *l'approche clinique de la télémédecine est une spécificité française, liée en grande partie à la culture du corps médical de notre pays* » (8). On entrevoit les limites de la téléconsultation pour les participants à notre étude à la question 14 (motifs de consultation qui pourraient être pris en charge par téléconsultation) où le motif « discussion des résultats d'analyses/d'examens » arrive largement en tête et les motifs « Symptômes respiratoires (toux, congestion nasale, symptômes et

plaintes de la gorge) » et « Fièvre », qui nécessiteraient un examen physique, sont cités en dernier. Une étude de 2016 portant sur la « pertinence de la téléconsultation en médecine générale en soins primaires » conclut qu'elle a « un rôle limité pour les examens cliniques nécessitant la palpation du patient et pour les cas relevant de l'urgence. Toutefois, elle reste appropriée à la prise en charge des pathologies aiguës. » (44). Il est possible de lever ce frein en réalisant la téléconsultation dans un lieu dédié (salle, cabine) équipé d'outils d'examen connectés (stéthoscope, otoscope etc...) et en faisant intervenir un professionnel de santé formé (IDE, aide-soignant, assistant médical, pharmacien etc...) qui sera guidé par le MG pour l'examen physique du patient : cela se fait entre autres dans le centre médical de téléconsultation d'Oberbruck en Alsace (45).

➤ **La crainte d'un équipement inadapté.**

L'analyse des verbatim de la question 19 montre que les MG souhaitent surtout un outil simple, fiable et sécurisé : « *Mise à disposition d'un équipement fiable et simple d'utilisation* », « *Simplicité et confidentialité* », « *la simplicité de mise en œuvre* », « *facilité d'installation et de manipulation* ». Des améliorations de la plateforme portée par l'ARS pour la rendre plus intuitive seraient donc là aussi bénéfiques. Notons que les plateformes doivent se conformer aux exigences du Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) : elles doivent notamment informer les utilisateurs de sa politique de confidentialité et assurer la sécurité des données collectées (46). La nécessité d'une bonne connexion internet a aussi été mentionnée « *réseau internet fiable et suffisant* ». C'est effectivement primordial pour une utilisation fiable de la télémédecine. Mais en Bourgogne-Franche-Comté, la couverture internet fixe à haut et très haut débit est en dessous de la moyenne nationale, les territoires les moins densément peuplés comme les territoires ruraux étant les moins bien couverts (zones blanches) (47). Afin de résoudre cette fracture numérique, le gouvernement a fixé plusieurs objectifs dont la généralisation d'une couverture mobile de qualité d'ici 2020 en soutenant le raccordement à internet par réseau hertzien (4G fixe, boucle locale radio ou satellite) pour les foyers qui n'auront pas accès au réseau filaire et le déploiement de réseaux très haut débit (> 30Mbit/s) d'ici 2022 (48).

➤ **Faible disponibilité des acteurs.**

Craindre une faible disponibilité des experts est compréhensible si les MG se basent sur leur pratique au quotidien où il est souvent difficile de contacter un spécialiste dans un délai court. Cela changerait si certains spécialistes qui, comme les MG, n'ont pas d'obligation à utiliser la télémédecine comprenaient qu'ils peuvent en tirer bénéfice notamment dans la qualité de la prise en charge de leurs patients.

6) Axes d'amélioration et avenir de la télémédecine.

Plusieurs possibilités d'amélioration émergent de notre étude :

- Des améliorations de la plateforme de télémédecine portée par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté pour la rendre plus simple d'utilisation, plus intuitive et envisager de l'intégrer directement dans le logiciel métier.
- Permettre aux MG d'avoir du temps pour réaliser des actes de télémédecine, notamment en programmant des créneaux horaires dédiés fixes et en déléguant certaines tâches chronophages, comme par exemple la gestion de l'envoi et de la réception des dossiers sur l'outil informatique pour les dossiers de télé-expertise, à des IDE ou à terme à des assistants médicaux.
- L'élargissement de l'éventail des spécialités joignables pour la télé-expertise et la téléconsultation : ce processus est en cours et se fait progressivement.

Avenir de la télémédecine :

D'après notre étude, 77,1% des médecins pensent que la télémédecine fera partie de leur quotidien dans les cinq prochaines années [figure 8] ; une autre enquête de 2018 montre que 73% des médecins pensent que la télémédecine fera partie de leur quotidien en 2030 (49).

Du côté des patients, cette tendance est confirmée par une enquête Ipsos de 2018 révélant qu'« *1 Français sur 2 déclare être prêt à consulter un médecin via une consultation en télémédecine, en complément des consultations physiques avec leur médecin traitant.* » et que « *61% des Français seraient prêts à téléconsulter pour obtenir rapidement un premier avis médical, suite à un problème de santé rencontré ponctuellement.* » (50). Une évaluation de la satisfaction des patients (qui sera suivie par celle des médecins) menée par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté indique des résultats encourageants puisque 95,5% des 449 patients interrogés disent avoir confiance en l'acte de télémédecine qu'ils ont eu, et que 25% de renoncements aux soins ont ainsi pu être évités.

Cependant, une communication adéquate et suffisante auprès des patients reste essentielle puisque 74% des Français disent être insuffisamment informés sur la télémédecine (51), il est entre autre important de lever des freins technologiques qu'ont généralement les personnes âgées.

On voit donc qu'il existe chez les médecins comme chez les patients, un terreau propice à la croissance de ces technologies. L'adhésion à ces pratiques est essentielle au développement pérenne de la télémédecine.

VI. Conclusions.

La télémédecine, rendue possible par le développement des technologies numériques est l'un des outils pouvant contribuer à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins. Cette pratique est entrée dans le droit commun des pratiques médicales avec l'approbation de l'avenant 6 à la Convention médicale et le remboursement de la téléconsultation depuis septembre 2018. Son développement est promu au niveau national comme au niveau régional notamment dans le cadre des maisons de santé pluriprofessionnelles. Si un certain nombre d'études ont été réalisées pour appréhender la perception et les pratiques en termes de télémédecine des médecins généralistes (MG), cependant compte tenu de l'hétérogénéité des situations, du développement rapide de l'offre soutenue par les instances nationales et régionales, il nous a paru intéressant de faire le point sur les pratiques des MG, en particulier exerçant en maison de santé pluriprofessionnelles dans les zones particulièrement ciblées par l'ARS en Bourgogne. Notre étude avait plus précisément pour objectifs de déterminer la proportion de MG ayant déjà réalisé un acte de téléconsultation ou de télé-expertise dans cette population cible, d'évaluer la place de la téléconsultation dans leur pratique et d'obtenir leurs avis afin de ressortir des axes d'amélioration de l'utilisation de ces dispositifs.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons mené une étude transversale descriptive par questionnaire accessible en ligne. Chacun des 109 MG de Bourgogne, identifié via les données de l'ARS et de la FeMaSco-BFC, exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle située en territoire déficitaire ont été contactés. Le questionnaire créé spécifiquement pour l'enquête permettait de recueillir les caractéristiques démographiques, l'ancienneté d'installation des MG dans leur maison de santé pluriprofessionnelle, la connaissance des dispositifs de télémédecine, l'utilisation faite des dispositifs de téléconsultations et de télé-expertise, et leurs avis sur l'intérêt de ces dispositifs, ainsi que sur les freins, les leviers et les perspectives de développement de ces technologies à 5 ans. Afin d'optimiser le taux de réponse 2 relances ont été effectuées, l'une par courriel, puis par l'intermédiaire de la FeMaSco-BFC.

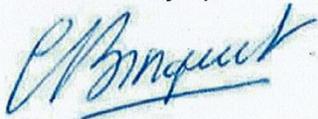
Au total, 32% des médecins ciblés ont répondu à l'enquête. Parmi eux, 57,1% des participants avaient déjà réalisé un acte de télé-expertise mais seulement un peu plus d'1/4 des médecins avaient réalisé au moins un acte de téléconsultation. L'utilisation des téléconsultations restait épisodiques pour 2/3 des répondeurs, qui recouraient à ce dispositif moins d'une fois par semaine. L'enquête a montré que les MG ayant déjà utilisé la téléconsultation perçoivent particulièrement l'intérêt pour faciliter l'accès aux soins en zones sous-denses, et tendaient également à davantage percevoir l'intérêt pour les personnes isolées que ceux n'ayant pas d'expérience de téléconsultation. La majorité des MG considéraient qu'une tarification à 25 euros d'une téléconsultation pourrait favoriser le recours à un tel dispositif, particulièrement pour ceux qui avaient déjà utilisé cette pratique. Au contraire ceux n'ayant jamais réalisé un tel acte considèrent que ce tarif ne modifierait pas leur recours. Le frein majeur souligné de façon majoritaire reste l'absence d'examen physique du patient notamment pour ceux n'ayant pas pratiqué un tel acte. La coordination entre téléconsulté et téléconsultant apparaissait en revanche un frein plus important pour ceux qui ont déjà cette pratique. L'utilisation qui paraissait la plus adaptée correspondait à la discussion des résultats d'analyses/examens (80% de réponses

positives). Pour ce qui concerne la télé-expertise, les freins majeurs mis en évidence étaient le faible nombre de spécialités de second recours accessible par ce biais, et la faible disponibilité des acteurs. Cependant, ces freins étaient moins mis en avant par ceux ayant déjà eu ce type de pratique. En revanche, ils mettaient plus en avant le manque de temps. Les bénéfices soulignés par l'ensemble des répondeurs étaient le délai plus court pour obtenir un avis spécialisé, la facilitation de la coopération et la concertation avec d'autres spécialistes ainsi que l'amélioration des compétences par le retour des spécialistes. L'enquête a permis également d'interroger les MG sur les éléments pouvant contribuer à une intégration plus importante des outils de télémédecine dans leur pratique. Les éléments majeurs mentionnés étaient la mise à disposition d'équipements simples à utiliser et la plus grande implication de spécialistes. La possibilité d'un temps dédié était également mis en avant. Enfin, plus des ¾ des répondeurs indiquaient que la télémédecine fera partie de leur quotidien dans les 5 prochaines années, montrant indirectement leur conscience du développement inéluctable de ces dispositifs.

Ces éléments combinés aux données disponibles font clairement apparaître que si la télé-expertise fait son chemin, la téléconsultation reste une pratique relativement marginale malgré l'ouverture à son remboursement. Cependant, la majorité des médecins voient la télémédecine s'inscrire dans leur pratique quotidienne à moyen terme ce qui est favorable à son essor. Les leviers mis en évidence, en dehors d'une optimisation des connexions internet sur l'ensemble du territoire, sont essentiellement l'amélioration des plateformes de télémédecine, la création de créneaux horaires dédiés et la délégation de tâches. Mais une meilleure communication auprès des médecins et des patients semble également primordiale.

L'intégration de la télémédecine dans la pratique des médecins généralistes est progressive et de nombreux freins restent à lever. L'adhésion des médecins et des patients à ces nouvelles pratiques et surtout leur envie d'y recourir sont essentiels à leur développement.

Le Président du jury,



Pr. C Binquet

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 23 Avril 2019
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

VII. Références bibliographiques.

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf (Consulté le 23 Septembre 2018).
2. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population 2013-2070 pour la France. Novembre 2016 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793> (Consulté le 4 Novembre 2018).
3. L'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. Juillet 2017 [En ligne]. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf (Consulté le 10 Novembre 2018).
4. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Indicateurs de richesse nationale. Octobre 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281639?sommaire=3281778#tableau-figure1> (Consulté le 19 Novembre 2018).
5. CESE. Conseil économique social et environnemental. Les déserts médicaux. Décembre 2017 [En ligne]. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf (Consulté le 6 Septembre 2018).
6. DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Mai 2017 [En ligne]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf> (Consulté le 21 Juillet 2018).
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Renforcer l'accès territorial aux soins. Octobre 2017 [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf (Consulté le 13 Septembre 2018)
8. Simon P. Télémedecine : Enjeux et pratiques. Brignais : Le Coudrier; 2015, 190p.
9. République française. Article 78 de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 21 Juillet 2009.
10. République française. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. 19 Octobre 2010.
11. République Française. Code de la santé publique. Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 36. Décembre, 2013. Legifrance.gouv.fr.
12. République Française. 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. JORF n°0183 du 10 août 2018 texte n° 16. Legifrance.gouv.fr.
13. ARS Bourgogne-Franche-Comté. Agence régionale de santé. La télémedecine en Bourgogne-Franche-Comté. Décembre 2018 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/la-telemedecine-en-bourgogne-franche-comte> (Consulté le 13 Janvier 2018).

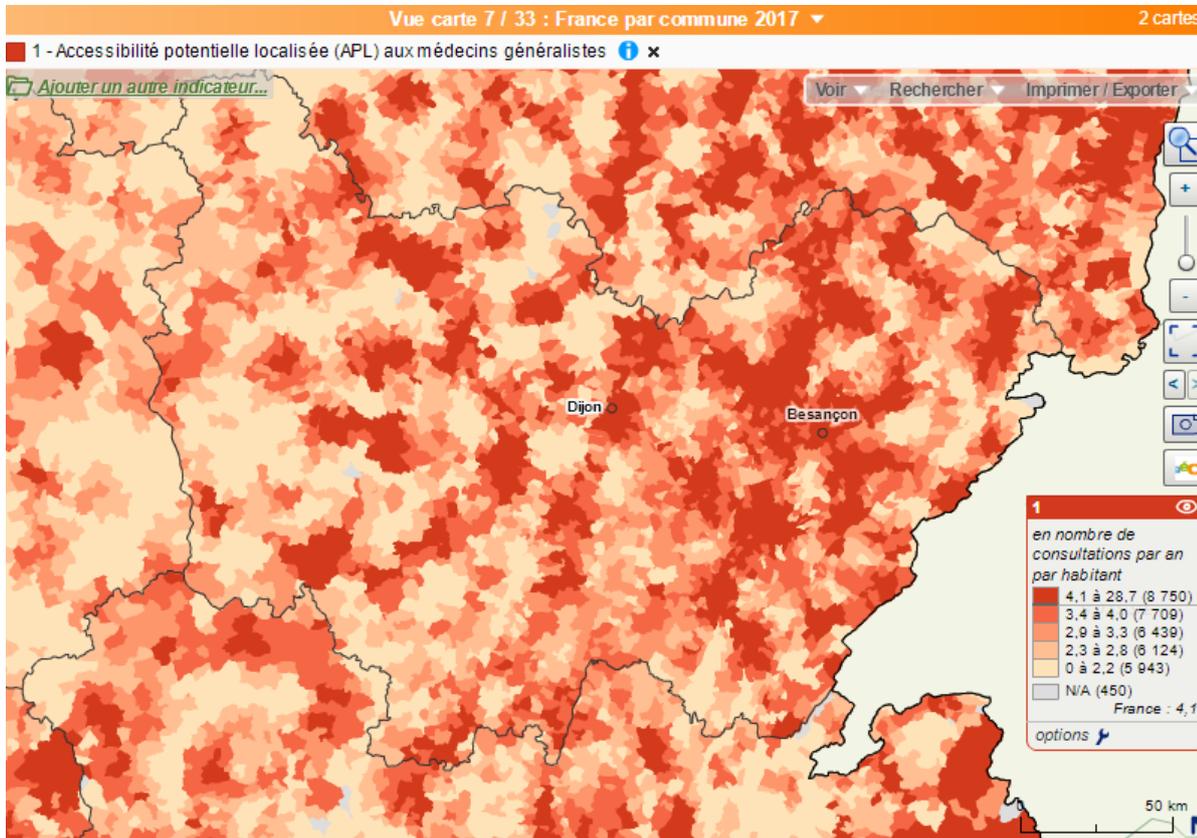
14. Le Dreff P. Téléexpertise en milieu isolé. Définir l'apport et les contraintes de la télémédecine en milieu isolé. Urgences 2009. 2009;745-754. [En ligne]. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Teleexpertise_en_milieu_isole-_Definir_l_apport_et_les_contraintes_de_la_telemedecine_en_milieu_isole.pdf (Consulté le 10 Septembre 2018).
15. Ottavy F, Filippi G. Retour d'expérience : un an de télé-expertise en dermatologie libérale en Corse. European Research in Telemedicine. Avril 2017;6(1):23-9.
16. Doutré M-S, Salles N, Libert K. Télédermatologie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Annales de Dermatologie et de Vénérologie. Décembre 2017;144(12, Supplément):S54-5.
17. ANAP. Agence Nationale d'Appui à la Performance. 25 projets de télémédecine passés à la loupe - Tome 2 : monographies - Téléconsultation en EHPAD en Midi-Pyrénées. 2017 [En ligne]. Disponible sur : <http://numerique.anap.fr/publication/1716-la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe-un-eclairage-pour-le-deploiement-national-tome-2-monographies/2580-teleconsultation-en-ehpad-en-midi-pyrenees> (Consulté le 18 Septembre 2018).
18. République Française. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. JORF n°0305 du 31 décembre 2017 texte n° 1. Legifrance.gouv.fr
19. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde. Thèse de médecine, Université de Bordeaux, 2017.
20. Cypriani F. Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français. Thèse de médecine, Université de Strasbourg, 2014.
21. Durupt M. La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois : perceptions et attentes des médecins généraliste. Thèse de médecine, Université de Lorraine, 2016.
22. PAPS Bourgogne Franche-Comté. Portail d'accompagnement des professionnels de santé. Les zones géographiques de référence pour les aides. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.bourgogne-franche-comte.paps.sante.fr/Quels-sont-les-territoires-concernes.40284.0.html> (Consulté le 13 Septembre 2018).
23. République Française. LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007. Article 44. 19 Décembre 2007. Legifrance.gouv.fr.
24. Hénocque M. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme. Thèse de médecine, Université de Picardie Jules Verne, 2014.
25. Bordelais G. Télémédecine: pratiques et opinion des médecins libéraux des territoires du Calvados, de l'Orne et de la Manche. Thèse de médecine, Université de Caen Normandie, 2018.
26. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. La population resterait stable en Bourgogne-Franche-Comté à l'horizon 2050. Septembre 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3616310> (Consulté le 10 Novembre 2018).
27. Comy A. Intérêt et pertinence de la télémédecine dans une structure de soins non programmés : enquête auprès des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris. Thèse de médecine, Université de Poitiers, 2017.

28. ARS Île-de-France. Agence régionale de santé. Zonage médecins 2018 ARS Île-de-France. 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/zonage-ars-idf-2018.pdf> (Consulté le 22 Septembre 2018).
29. Didier M. Téléconsultation: l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain - Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul. Thèse de médecine, Université de Lorraine, 2015.
30. Doctolib. « Comment travaillent les médecins généralistes ? » Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes. Avril 2017 [En ligne]. Disponible sur : https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf (Consulté le 24 Novembre 2018).
31. Simon P. Santé connectée et télémédecine - Les médecins généralistes libéraux sont partagés sur l'intérêt de la téléconsultation et les conditions de mise en oeuvre de l'avenant 6 de la Convention médicale. Février 2019 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.telemedaction.org/435571226> (Consulté le 2 Mars 2019).
32. DREES. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La durée des séances des médecins généralistes. Avril 2006 [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf> (Consulté le 17 Novembre 2018).
33. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;(114):148-57.
34. ANAP. Agence Nationale d'Appui à la Performance. 25 projets de télémédecine passés à la loupe - Tome 2 : monographies - TELEGERIA en Ile-de-France. 2017 [En ligne]. Disponible sur : <http://numerique.anap.fr/publication/1716-la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe-un-eclairage-pour-le-deploiement-national-tome-2-monographies/2668-telegeria-en-ile-de-france> (Consulté le 30 Septembre 2018).
35. Salles N, Lafargue A, Cressot V, Glenisson L, Barateau M, Thiel E, et al. Global geriatric evaluation is feasible during interactive telemedicine in nursing homes. *European Research in Telemedicine*. 2017 July;6(2):59-65.
36. l'Assurance Maladie. Communiqué de presse - Bilan à 6 mois de la Télémédecine. Mars 2019 [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf (Consulté le 26 Mars 2019).
37. l'Assurance Maladie. Communiqué de presse - Déploiement de la téléconsultation dans les pharmacies. Décembre 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Avenant_15_TLC_pharmaciens-06122018.pdf (Consulté le 15 Janvier 2019).
38. Roux C. Téléconsultation : la CNAM va faire la chasse aux plateformes qui contournent la convention. Octobre 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/10/17/teleconsultation-la-cnam-va-faire-la-chasse-aux-plateformes-qui-contournent-la-convention_316252 (Consulté le 14 Décembre 2018).
39. Johansson AM, Lindberg I, Söderberg S. Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas. *Primary Health Care Research & Development*. 2017;18(1):73-83.

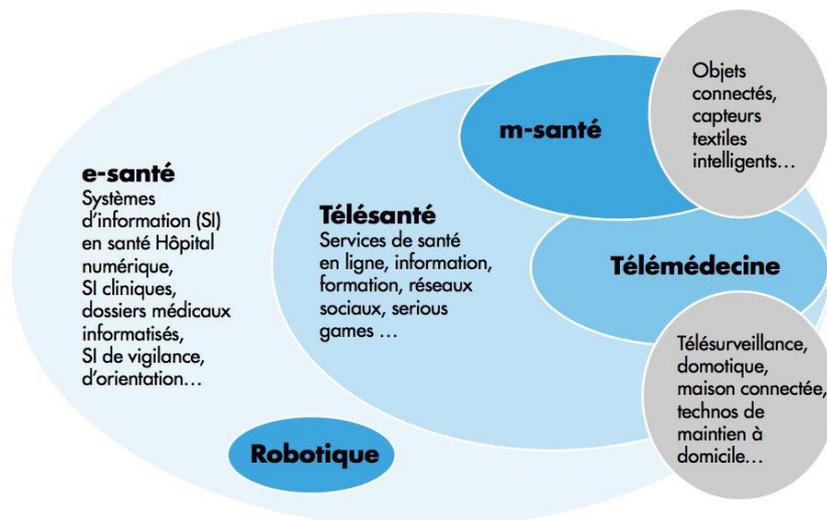
40. Randhawa RS, Chandan JS, Thomas T, Singh S. An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. *Primary Health Care Research & Development*. 2018;20(e5): 1–7.
41. Beurenaut A-S, Bonnet C, Lemery B, Aubry C, Colin C. Le panel II de médecins généralistes en Bourgogne. 2012 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.orsbfc.org/publication/le-panel-ii-de-medecins-generalistes-en-bourgogne/> (Consulté le 5 Novembre 2018).
42. Lancelot S. Assistants médicaux : plusieurs points de blocage, les négos reprendront le 9 mai. Avril 2019 [En ligne]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2019/04/17/assistants-medicaux-plusieurs-points-de-blocage-les-negos-reprendront-le-9-mai_318304 (Consulté le 18 Avril 2019).
43. ARS Bourgogne-Franche-Comté. Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté juillet 2018 - juin 2028. 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2_BFC_SRS-2_1%C3%A8re_Partie.pdf (Consulté le 10 Décembre 2018).
44. Letellier T. Pertinence de la téléconsultation en médecine générale en soins primaires. Thèse de médecine, Université de Caen Normandie, 2016.
45. Oberbruck (Haut-Rhin). Télémédecine. [En ligne]. Disponible sur : <https://oberbruck.fr/telemedecine/> (Consulté le 7 Novembre 2018).
46. CNIL. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Télémédecine : comment protéger les données des patients ? Septembre 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients> (Consulté le 30 Octobre 2018).
47. Insee. Institut national de la statistique et des études économiques. Bourgogne-Franche-Comté : d'importantes améliorations de la couverture numérique haut débit, le très haut débit comme nouveau défi. Octobre 2017 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3135315> (Consulté le 30 Novembre 2018).
48. Sénat un site au service des citoyens. Déploiement du très haut débit pour la télémédecine. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ171001710.html> (Consulté le 9 Novembre 2018).
49. MACSF. Le médecin du futur. 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://indd.adobe.com/view/99b31591-372c-4e98-8dfa-cbd552f8598c> (Consulté le 5 Décembre 2018)
50. Ipsos. Télémédecine : une réponse complémentaire efficace pour faciliter l'accès aux soins ? 2018 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/telemedecine-une-reponse-complementaire-efficace-pour-faciliter-lacces-aux-soins> (Consulté le 23 Décembre 2018).
51. Ologeanu-Taddei R, Salles N, Demoucelle C. Les Français et la télémédecine. Décembre 2018 [En ligne]. Disponible sur : https://www.cartelanchepartenaires.fr/sites/default/files/img-contenus/enquete_les_francais_et_la_telemedecine.pdf (Consulté le 8 Janvier 2019).

VIII. Annexes.

Annexe 1 : Accessibilité Potentielle Localisée (APL) aux MG en 2017 (Source : Cartographie interactive CGET - Observatoire des territoires)



Annexe 2 : Place de la Télémedecine dans la e-santé (Source : « Santé connectée », CNOM, Janvier 2015)



Annexe 3 : Téléconsultation

La téléconsultation est dorénavant accessible sur tout le territoire français (France métropolitaine et DOM-TOM), et tout médecin, quels que soient sa spécialité, son secteur d'exercice et son lieu d'exercice (cabinet de ville, MSP, hôpital, clinique etc...), peut proposer une consultation à distance à un patient au lieu d'une consultation en présentiel, pour tout motif qu'il jugera approprié :

- Deux conditions sont nécessaires pour garantir un suivi de qualité et être remboursé :
 - Respect du parcours de soins coordonné : orientation initiale du patient par le médecin traitant vers le médecin téléconsultant (si le médecin traitant n'est pas le téléconsultant) ;
 - Connaissance préalable du patient : le patient doit avoir eu au moins une consultation en présentiel avec le médecin téléconsultant dans les 12 derniers mois précédant la téléconsultation.
- Les situations suivantes sont les exceptions aux deux conditions précédentes :
 - Les spécialistes en accès direct ;
 - Les patients âgés de moins de 16 ans ;
 - Les situations d'urgence ;
 - Le patient ne disposant pas de médecin traitant ;
 - Le médecin traitant n'étant disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient.

>> Dans ces deux dernières situations, le patient, pour être remboursé, devra s'orienter vers une organisation territoriale de soins, créée par des médecins du territoire afin d'apporter une réponse aux besoins des patients : il s'agit des MSP, des centres de santé, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces structures pourront éventuellement orienter le patient vers des plateformes privées de téléconsultation.

Le but est d'éviter qu'il consulte un médecin qu'il n'a jamais vu ou ne reverra jamais et de lui permettre de réintégrer le parcours de soins.

Déroulement d'une téléconsultation :

Le patient peut être seul et réaliser une téléconsultation depuis son ordinateur ou son smartphone, sans outils d'examen ; il peut aussi réaliser une téléconsultation avec la présence d'un tiers (infirmier, pharmacien) sur un poste fixe (cabine ou chariot) ou mobile (mallette) équipé pour la télémédecine, dans un lieu dédié (MSP, pharmacie, EHPAD, etc...) et doté d'outils d'examen connectés : stéthoscope, otoscope et dermatoscope etc... ; enfin il peut réaliser une téléconsultation avec le médecin depuis son cabinet, avec un confrère pour une téléconsultation commune.

La téléconsultation fait suite à une demande de rendez-vous du patient ou d'une proposition du médecin, celui-ci doit impérativement demander et obtenir le consentement préalable du patient avant la téléconsultation ; une fois obtenu, il envoie un lien internet de connexion au patient et lui

précise l'heure du rendez-vous. A la fin de la téléconsultation le médecin peut, le cas échéant, transmettre une prescription (médicaments, bilan biologique etc...) au patient sous format papier par voie postale ou sous format électronique par messagerie sécurisée. En outre, le médecin rédige un compte-rendu, qu'il archive dans le dossier patient (éventuellement dans le dossier médical partagé s'il a été créé), et le transmet au médecin traitant du patient (si le téléconsultant n'est pas le médecin traitant).

Rémunération :

La facturation de l'acte de téléconsultation sera faite par le médecin téléconsultant, via la cotation du code « TCG » pour les médecins généralistes en secteur 1 et en secteur 2 sans dépassement et « TC » pour les MG en secteur 2 avec dépassement. Si le patient n'est pas connu du médecin téléconsultant, c'est le médecin traitant, ou l'organisation territoriale (si pas de médecin traitant) qui doit transmettre les données administratives du patient. Le médecin qui accompagne un patient lors d'une téléconsultation avec un autre médecin peut facturer une consultation. Les nouvelles consultations complexes n'entrent pas dans le champ de la téléconsultation. De plus, 2 nouveaux indicateurs inscrits dans le forfait structure ont été créés, à partir de 2019 (avec paiement prévu en 2020) : 350 euros (indicateur de 50 points) destiné à l'aide à l'équipement de vidéo-transmission, l'abonnement aux plateformes sécurisées de télémédecine et 175 euros (indicateur de 25 points) pour l'aide à l'équipement en appareils médicaux connectés (stéthoscope connecté, oxymètre connecté, oxymètre connecté etc...). Le taux de remboursement par l'Assurance Maladie est semblable à une consultation en présentiel.

Annexe 4 : Télé-expertise

L'Assurance Maladie remboursera les actes de télé-expertise à compter du 10/02/2019 uniquement dans les cas suivants :

- Les patients résidant en zones « sous-denses » ;
- Les patients en affection longue durée (ALD) ;
- Les personnes détenues ;
- Les patients atteints de maladies rares ;
- Les patients résidant en EHPAD ou en structures médico-sociales.

Avant la fin 2020, un calendrier d'ouverture à la télé-expertise pour l'ensemble des patients sera mis en place. La télé-expertise permet à un médecin de solliciter un confrère en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, à partir d'informations relatives à la prise en charge du

patient, tout médecin peut utiliser la télé-expertise, quels que soient sa spécialité, son secteur d'exercice et son lieu d'exercice, en ville ou en établissement de santé (MSP, centre de santé, EHPAD, hôpital, clinique etc...).

Déroulement d'une télé-expertise :

Le médecin doit toujours demander et obtenir le consentement préalable du patient. La télé-expertise n'impose pas un échange par vidéotransmission entre le médecin requérant et le médecin requis, cependant l'échange d'informations doit se faire par l'intermédiaire d'une messagerie sécurisée de santé. La connaissance préalable du patient par le médecin « requis » est facultative en cas d'acte de télé-expertise de niveau 1 (télé-expertise simple, ex : lecture de photos de lésion cutanée, interprétation d'une photographie de tympan) mais nécessaire pour réaliser un acte de télé-expertise de niveau 2 (télé-expertise complexe, ex : suivi d'une plaie chronique qui s'aggrave, suivi d'une pathologie inflammatoire chronique d'évolution complexe) afin d'assurer une prise en charge de qualité. A la fin d'une télé-expertise, le médecin « requis » archive son compte rendu dans le dossier patient (Dossier Médical Partagé s'il a été créé) et transmet son compte rendu au médecin requérant.

Rémunération du médecins requis (paiement à l'acte) :

- Pour une télé-expertise de niveau 1 : 12 euros par télé-expertise (maximum 4 actes/an/médecin, pour un même patient)
- Pour une télé-expertise de niveau 2 : 20 euros par télé-expertise (maximum 2 actes/an/médecin, pour un même patient)

Avec la possibilité de cumuler les 2 niveaux de télé-expertise pour un même patient, sans possibilité de dépassement d'honoraires.

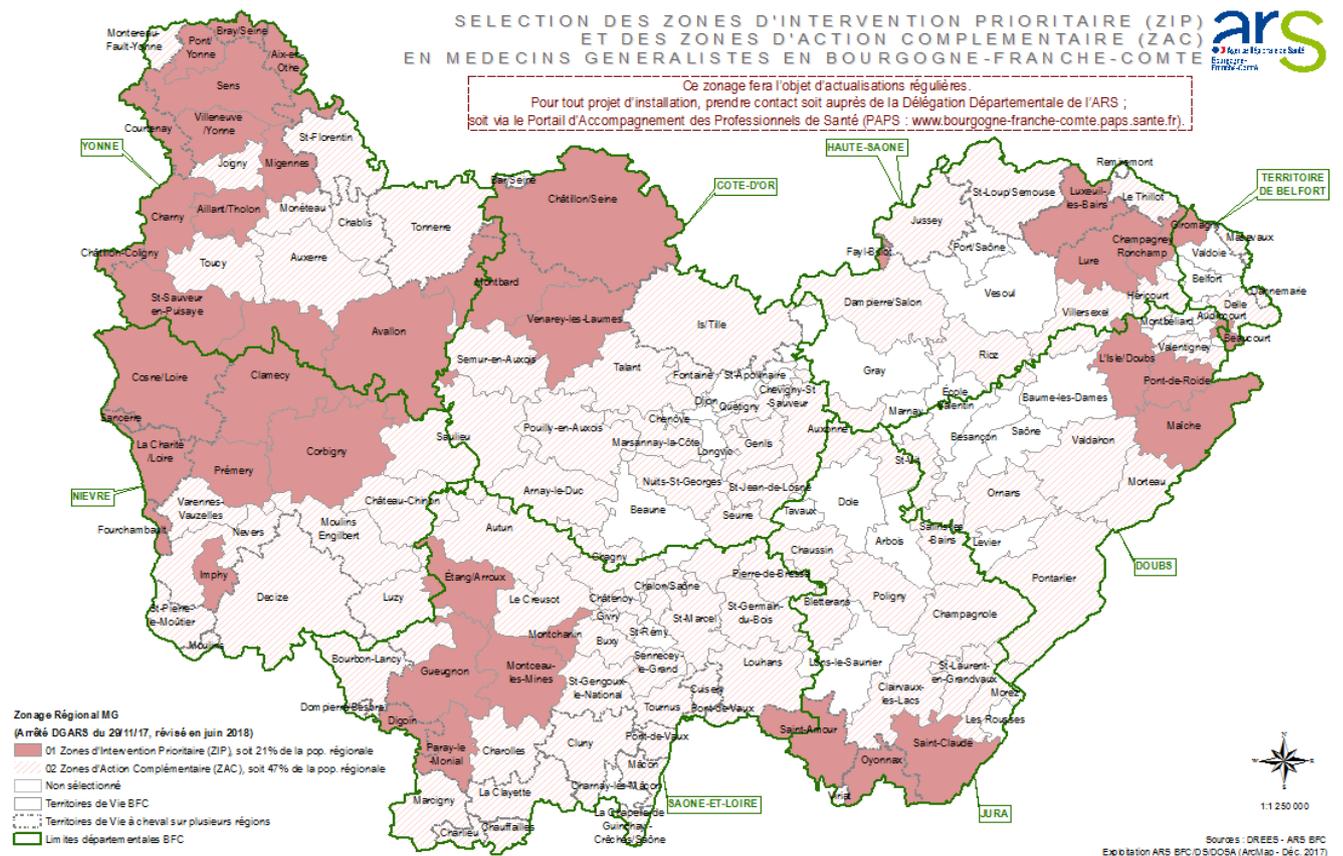
Rémunération du médecin requérant (forfait annuel) :

Rémunération par forfait annuel : forfait de 5 euros par télé-expertise de niveau 1 et de 10 euros par télé-expertise de niveau 2 avec une rémunération maximale de 500 euros par an (versement annuel par l'Assurance maladie). Deux nouveaux indicateurs inscrits dans le forfait structure seront créés à partir de 2019 (dont le paiement sera prévu courant 2020) : 350 euros (indicateur de 50 points) pour l'aide à l'équipement de vidéotransmission, l'abonnement aux plateformes sécurisées de télé-médecine et 175 euros (indicateur de 25 points) destiné à soutenir l'équipement en appareils médicaux connectés (stéthoscope connecté, oxymètre connecté, otoscope connecté etc...)

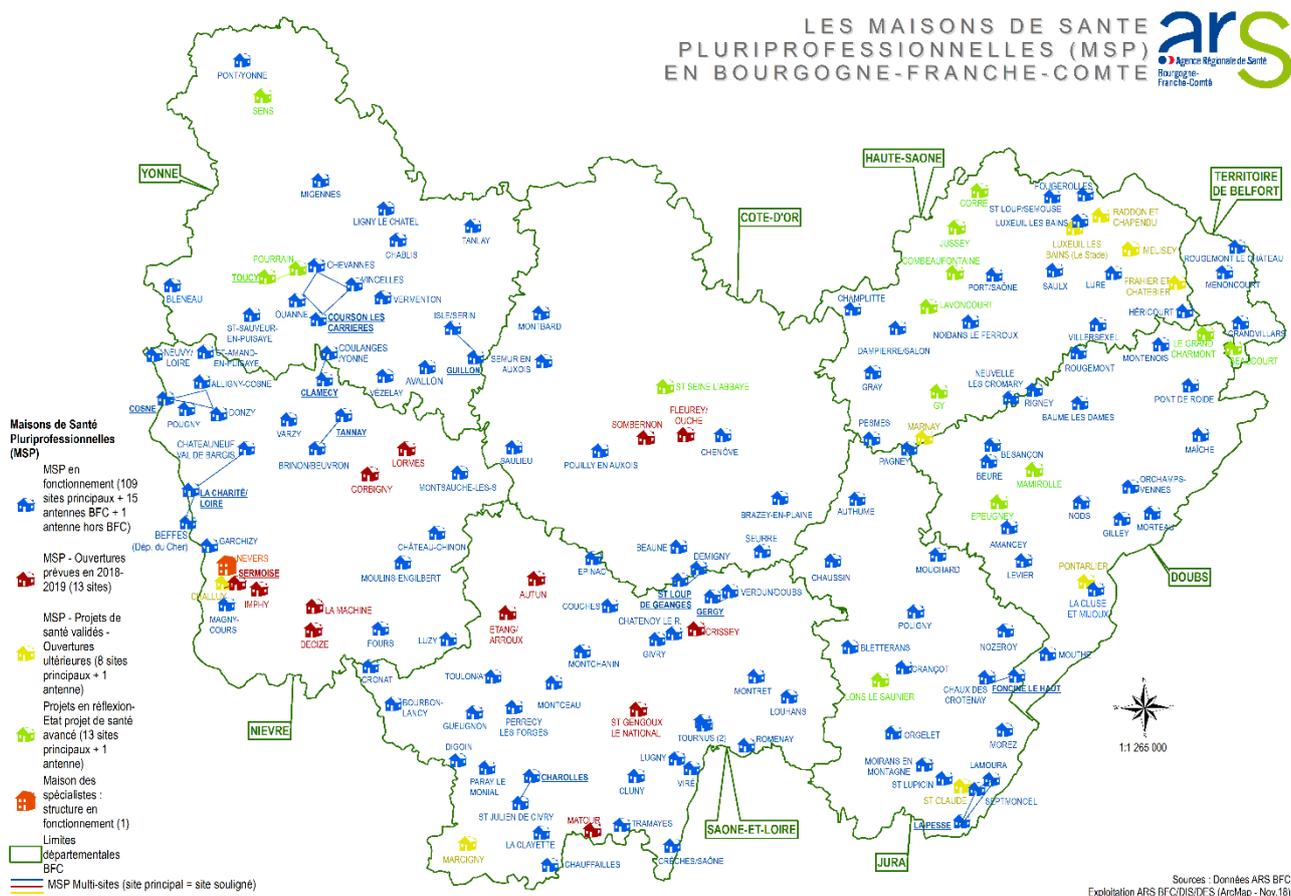
Facturation : Deux actes de télé-expertise ont été créés à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : acte codé « TE1 » pour les télé-expertises de niveau 1 et codé « TE2 » pour ceux de niveau 2.

Annexe 5 : Zonage des médecins généralistes en Bourgogne-Franche-Comté en Décembre 2017

(Source : Données DREES – ARS BFC)



Annexe 6 : Maisons de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne-Franche-Comté en Novembre 2018 (Source : Données ARS BFC)



Annexe 7 : Questionnaire Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Données personnelles.

1) Etes-vous :

- Une femme
- Un homme

2) Quel âge avez-vous ? ... ans

3) Depuis combien d'années êtes-vous dans votre MSP ? ... ans

Télémédecine.

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définit 5 actes de télémédecine :

- **La téléconsultation** : permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être aux côtés du patient et l'assister. Action synchrone (patient et médecin se parlent).
- **La téléexpertise** : permet à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient. Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale. Action asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas).
- **La télésurveillance** : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient et de prendre des décisions sur sa prise en charge.
- **La téléassistance** : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation médicale** : réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

4) Avez-vous entendu parler de la télémédecine avant ce questionnaire ?

- Oui
- Non

5) Si Oui, parmi les actes de télémédecine suivants, le(s)quel(s) connaissez-vous ?

(Réponses multiples)

- Téléconsultation
- Téléexpertise
- Télésurveillance médicale
- Téléassistance médicale
- Régulation médicale

Les questions suivantes portent uniquement sur la téléconsultation et la téléexpertise.

Téléconsultation.

6) Avez-vous déjà pratiqué un acte de téléconsultation dans votre MSP ?

- Oui
- Non

Si oui, dans cette pratique :

7) Vous réalisez :

- Moins d'1 acte par semaine
- Entre 1 et 3 actes par semaine
- Plus de 3 actes par semaine

8) L'acte de téléconsultation dure généralement :

- Moins de 10 minutes
- Entre 10 et 20 minutes
- Entre 20 et 30 minutes

- Plus de 30 minutes

9) Vous avez recours à la téléconsultation :

- Lors de plages horaires dédiées
- A n'importe quel moment de la journée

Que vous ayez ou non déjà pratiqué :

10) Diriez-vous que la téléconsultation permet (permettrait) :

(Réponses multiples)

- De suivre plus facilement et régulièrement un patient dont l'état de santé le nécessite, améliorant ainsi son suivi
- De réduire le nombre de visites à domicile
- De faire une offre de soins à des personnes isolées géographiquement, qui ont des difficultés à se déplacer (patient handicapé, grabataire, sans moyen de transport)
- D'augmenter le nombre de consultations par jour
- D'améliorer l'accès aux soins en zones sous-denses
- Aucune de ces propositions

11) Connaissez-vous l'avenant n°6 à la convention médicale, approuvé récemment, encadrant le déploiement de la télémédecine en France à compter du 15 Septembre 2018 ?

- Oui
- Non

12) Selon vous, la tarification à 25 euros d'une téléconsultation, similaire à celle d'une consultation en présentiel, pourrait dans votre pratique :

- Favoriser le recours à la téléconsultation
- Ne pas impacter le recours à la téléconsultation
- Limiter le recours à la téléconsultation

13) Qu'est-ce qui vous limite (limiterait) principalement dans le recours à la téléconsultation ?

(3 réponses)

- Les problèmes techniques, le manque de fiabilité et de sécurité des données
- Le risque de perdre du temps
- Le coût trop élevé pour s'équiper
- La nécessité d'une coordination entre le téléconsulté et le téléconsultant
- L'absence de l'examen physique du patient
- La dégradation de la relation médecin-malade
- La crainte d'une concurrence déloyale (perte des pathologies aiguës)
- Le manque de formation et d'informations
- Son inutilité dans la pratique au quotidien
- L'engagement de sa responsabilité

14) Dans quelles situations diriez-vous que la téléconsultation peut (pourrait) se substituer à une consultation classique :

(Réponses multiples)

- Renouvellement de traitement médicamenteux
- Suivi de pathologies chroniques (HTA, diabète, dysthyroïdie)
- Discussion des résultats d'analyses/examens
- Médecine préventive, statut vaccinal
- Motif d'ordre administratif
- Motif d'ordre psychologique (dépression etc...)
- Symptômes respiratoires (toux, congestion nasale, symptômes et plaintes de la gorge)
- Fièvre
- Prise en charge d'une anomalie du bilan lipidique
- Prise en charge de troubles du sommeil
- Aucune

Téléexpertise.

15) Avez-vous déjà réalisé un acte de téléexpertise dans votre MSP ?

- Oui
- Non

16) Quels sont, selon vous, les principaux freins à la téléexpertise ?

(2 réponses)

- Le manque de temps
- Le manque de protection des données, de fiabilité
- Le faible nombre de spécialités de second recours envisagé
- La faible disponibilité des acteurs
- Le manque de formation et d'information
- L'engagement de sa responsabilité

17) Quel(s) spécialiste(s), sollicités régulièrement dans votre pratique, pourrai(ent) être contactés plus rapidement par la téléexpertise, améliorant ainsi la prise en charge de vos patients ?

(Réponses multiples)

- Cardiologue (HOLTER MAPA, ECG)
- Neurologue (évaluation, adaptation de traitement)
- Gériatre (évaluation d'un patient complexe, discussion en vue d'une hospitalisation)
- Dermatologue (lésion tumorale, plaies chroniques)
- Cancérologue (évaluation, suivi)
- Psychiatre (adaptation de traitement)
- Endocrinologue (interprétation bilan hormonal)
- Orthopédiste (imagerie)
- Pneumologue (imagerie, adaptation de traitement)
- Néphrologue (adaptation de traitement)
- Aucun

18) Quels sont (seraient), selon vous, les principaux bénéfices de la téléexpertise dans votre pratique ?

(3 réponses)

- Raccourcir le délai d'obtention d'un avis spécialisé
- Obtenir une réponse sécurisée

- Obtenir une réponse tracée (protection juridique du médecin généraliste grâce à la traçabilité)
- Améliorer ses compétences médicales par le retour des spécialistes
- Favoriser la continuité des soins et la prise en charge globale du patient
- Favoriser la coopération, la concertation avec les médecins spécialistes
- Avoir une pratique innovante

Perspectives d'avenir.

19) Qu'est-ce qui pourrait vous inciter à intégrer plus de télémédecine dans votre pratique ?

(Réponse courte)

20) Pensez-vous que la télémédecine fera partie de votre quotidien dans les 5 années à venir ?

- Oui
- Non

Annexe 8 : E-mail de présentation envoyé aux participants

Chère collègue, cher collègue,

Remplaçant en médecine générale, je réalise actuellement mon travail de thèse en Bourgogne (Faculté de Médecine de Dijon, Directeur Professeur Didier Cannel).

J'entends régulièrement en milieu semi-rural des patients me dire : « C'est très compliqué d'avoir rapidement un rendez-vous chez le médecin ».

En effet, là comme dans d'autres zones, le nombre de médecins baisse de façon préoccupante (départs à la retraite, déficit d'installation etc...). La charge de travail augmente alors d'autant plus que le vieillissement et la chronicisation des pathologies font croître le nombre de patients, ceux-ci nécessitant un temps médical accru.

Dans ce contexte, la télémédecine est encouragée par le gouvernement pour offrir à tous l'accès aux soins : j'ai pour but d'en étudier l'impact (plus particulièrement celui de la téléconsultation et celui de la téléexpertise) sur votre pratique.

Ce court questionnaire s'adresse à vous, médecin généraliste, exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, afin de chercher à savoir si la télémédecine améliore OU pourrait améliorer votre pratique.

Toutes les données recueillies sont ANONYMES.

Je vous remercie d'avance pour votre aide précieuse.

Pierre BEROU, médecin remplaçant

IX. Table des figures.

FIGURE 1 : REPARTITION PAR SEXE DES MG	22
FIGURE 2 : CONNAISSANCE DES ACTES DE TELEMEDECINE (N=35).....	23
FIGURE 3 : MG AYANT DEJA PRATIQUE UN ACTE DE TELECONSULTATION DANS LEUR MSP	24
FIGURE 4 : DUREE DE L'ACTE DE TELECONSULTATION.....	26
FIGURE 5 : MG CONNAISSANT L'AVENANT 6.....	27
FIGURE 6 : IMPACT DE LA TARIFICATION A 25 EUROS D'UNE TELECONSULTATION SUR LA PRATIQUE DES MG	28
FIGURE 7 : MG AYANT DEJA REALISE UN ACTE DE TELE-EXPERTISE DANS LEUR MSP	31
FIGURE 8 : MG CONSIDERANT QUE LA TELEMEDECINE FERA PARTIE DE LEUR QUOTIDIEN DANS LES 5 PROCHAINES ANNEES	36

X. Table des tableaux.

TABLEAU 1 : LIEN ENTRE AGE ET CONNAISSANCE DES ACTES DE TELEMEDECINE	23
TABLEAU 2 : LIEN ENTRE ANCIENNETE DANS LA MSP ET CONNAISSANCE DES ACTES DE TELEMEDECINE	24
TABLEAU 3 : MG AYANT DEJA PRATIQUE UN ACTE DE TELECONSULTATION DANS LEUR MSP EN FONCTION DU SEXE, DE L'AGE ET DE L'ANCIENNETE DANS LA MSP.....	25
TABLEAU 4 : COMPARAISON DES AVIS SUR LES BENEFICES DE LA TELECONSULTATION ENTRE MG AYANT DEJA PRATIQUE UN ACTE DE TELECONSULTATION ET CEUX N'EN AYANT PAS PRATIQUE	27
TABLEAU 5 : COMPARAISON DES AVIS SUR L'IMPACT DE LA TARIFICATION A 25 EUROS DE LA TELECONSULTATION ENTRE MG AYANT DEJA PRATIQUE UN ACTE DE TELECONSULTATION ET CEUX N'EN AYANT PAS PRATIQUE	28
TABLEAU 6 : COMPARAISON DES AVIS SUR LES FREINS AU RECOURS A LA TELECONSULTATION ENTRE MG AYANT DEJA PRATIQUE UN ACTE DE TELECONSULTATION ET CEUX N'EN AYANT PAS PRATIQUE.....	29
TABLEAU 7 : COMPARAISON DES AVIS SUR LES MOTIFS DE CONSULTATION POUVANT ETRE TRAITES PAR TELECONSULTATION A LA PLACE D'UNE CONSULTATION EN PRESENTIEL ENTRE MG AYANT DEJA PRATIQUE UN ACTE DE TELECONSULTATION ET CEUX N'EN AYANT PAS PRATIQUE.....	30
TABLEAU 8 : MG AYANT DEJA REALISE UN ACTE DE TELE-EXPERTISE DANS LEUR MSP EN FONCTION DU SEXE, DE L'AGE ET DE L'ANCIENNETE DANS LA MSP.....	31
TABLEAU 9 : COMPARAISON DES AVIS SUR LES FREINS AU RECOURS A LA TELE-EXPERTISE ENTRE MG AYANT DEJA REALISE UN ACTE DE TELE-EXPERTISE ET CEUX N'EN AYANT PAS REALISE.....	32

TABLEAU 10 : COMPARAISON DES AVIS SUR LES SPECIALISTES SOLLICITES REGULIEREMENT DANS LA PRATIQUE QUI POURRAIENT ETRE CONTACTES PLUS RAPIDEMENT VIA LA TELE-EXPERTISE, ENTRE MG AYANT DEJA REALISE UN ACTE DE TELE-EXPERTISE ET CEUX N'EN AYANT PAS REALISE 33

TABLEAU 11 : COMPARAISON DES AVIS SUR LES BENEFICES DE LA TELE-EXPERTISE ENTRE MG AYANT DEJA REALISE UN ACTE DE TELE-EXPERTISE ET CEUX N'EN AYANT PAS REALISE..... 34

TITRE DE LA THESE :

PLACE DE LA TELEMEDECINE DANS L'OFFRE DE SOINS EN ZONES DEFICITAIRES : enquête dans des maisons de santé pluriprofessionnelles en Bourgogne

AUTEUR : BEROU Pierre

RESUME :

Introduction : La télémédecine est entrée dans le droit commun des pratiques médicales et la téléconsultation est remboursée depuis le 15 Septembre 2018. La télémédecine vise à améliorer l'accès aux soins en zones sous-médicalisées notamment à travers son déploiement dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Notre étude avait pour objectifs d'estimer la proportion de médecins généralistes ayant déjà réalisé un acte de téléconsultation ou de télé-expertise, d'évaluer la place de la téléconsultation dans leur pratique et d'obtenir leurs avis.

Matériel et méthode : Cette étude descriptive transversale a été réalisée auprès de médecins généralistes bourguignons exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle en territoires déficitaires par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne.

Résultats : Au total, 35 médecins ont répondu. Parmi ceux-ci 57% avaient déjà réalisé un acte de télé-expertise et 26% un acte de téléconsultation. La télé-expertise apparaissait plus pratiquée que la téléconsultation car plus simple à organiser. A contrario, la téléconsultation restait relativement marginale malgré l'ouverture à son remboursement. La majorité des médecins répondants voyait la télémédecine s'inscrire dans leur quotidien à court terme ce qui est favorable à son essor. Les limites mises en évidence concernaient la disponibilité encore insuffisante d'un matériel adapté et facile à utiliser, le manque de temps et le faible nombre de spécialistes joignables.

Conclusion : L'intégration de la télémédecine dans la pratique des médecins généralistes est progressive et des freins restent encore à lever.

MOTS-CLES : Télémédecine / Médecine Générale / Maison de santé pluriprofessionnelle / Téléconsultation / Télé-expertise / Accès aux soins