

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 14 décembre 2017 à Poitiers
par **Monsieur Adrien Comy**

Intérêt et pertinence de la télémédecine dans une structure de soins non programmés : enquête auprès des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha

Membres : Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet
Monsieur le Docteur Pierrick Archambault
Monsieur le Docteur Philippe Nin

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe Nin



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (surnombre jusqu'en 08/2019)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2017)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A notre Président de jury,

**Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,
Professeur des universités de médecine générale,
Médecin généraliste,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants et nous vous remercions pour votre implication.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet,

**Maître de conférences associé de médecine générale,
Médecin généraliste,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous avons eu le privilège de travailler ensemble lorsque j'étais remplaçant en médecine générale au sein de votre cabinet. Votre expérience, votre rigueur médicale, votre sens de la pédagogie, et votre humanisme ont été pour nous un exemple.

Recevez ici par ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,

**Maître de conférences associé de médecine générale,
Médecin généraliste,**

Vous nous avez fait partager votre expérience et votre bienveillance lors d'un stage de médecine générale effectué dans votre cabinet. Nous avons alors apprécié votre humanité et la qualité de votre enseignement.

Vous nous faites à présent l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

A notre Directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Philippe Nin,
Médecin généraliste,
Co-directeur de l'association SOS Médecin Grand Paris,**

Vous avez accepté ce travail de thèse commun et vous nous avez aidés tout au long de ce travail, tant dans sa conception que dans son élaboration et son suivi, avec sollicitude, bienveillance et patience. Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez consacré.

Que ce travail soit le témoignage de notre gratitude et de notre respect.

A Monsieur le Docteur Serge Smadja,

**Médecin généraliste,
Président de SOS Médecins Grand Paris,
Secrétaire général de SOS Médecin France,**

Vous nous avez guidés dans l'élaboration de ce travail de thèse aussi bien dans le fond que dans la forme.

Nous vous remercions pour votre implication et votre disponibilité.

Veillez trouver au travers de ce travail une manière de vous exprimer notre profonde considération.

A l'ensemble des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris,

Nous vous remercions pour le temps pris à répondre à ce questionnaire. Ce travail est le fruit de votre contribution.

MERCI encore à tous

A Cécile, ma compagne, pour sa patience, ses nombreux conseils lors de la relecture ainsi que son aide précieuse dans l'élaboration, la réalisation et l'analyse de mon questionnaire et de l'ensemble de ce travail.

Ton aide et ton soutien ont été sans faille tout comme l'est ton amour chaque jour.

A ma mère, qui m'a soutenu tout au long de mes études de médecine et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

Merci infiniment pour tous tes conseils et tes superbes relectures et corrections.

A ma sœur Sandrine ainsi qu'à mon neveu Théo pour leurs encouragements si précieux à mon cœur.

A Madeleine, pour ses nombreux conseils et pour le temps passé à relire mon questionnaire.

Table des matières

| | | |
|------|---|----|
| I. | Introduction | 13 |
| II. | La télémédecine | 15 |
| A. | Définition de la télémédecine | 15 |
| B. | Les différents outils de la télémédecine | 21 |
| 1. | Les objets connectés et les applications pour smartphones..... | 21 |
| 2. | La téléconsultation/ télé-expertise | 23 |
| 3. | La télésurveillance médicale..... | 25 |
| 4. | La télé-assistance médicale | 26 |
| C. | La télémédecine en France | 27 |
| 1. | Cadre légal, juridique, déontologique et économique..... | 27 |
| D. | La télémédecine en Ile-de-France | 40 |
| 1. | Les acteurs régionaux | 40 |
| 2. | Quelques exemples de projets de télémédecine en Ile-de-France..... | 45 |
| E. | L'association SOS Médecins Grand Paris | 46 |
| 1. | Histoire..... | 46 |
| 2. | Activités | 48 |
| III. | Matériel et méthode..... | 49 |
| A. | Objectif et type d'étude | 49 |
| B. | Population étudiée | 50 |
| C. | Questionnaire et formulaire SurveyMonkey® | 50 |
| D. | Déroulement de l'enquête | 52 |
| E. | Recueil des données..... | 52 |
| F. | Analyse des données | 53 |
| 1. | Analyse quantitative | 53 |
| 2. | Analyse qualitative | 54 |
| IV. | Résultats..... | 54 |
| A. | Caractéristiques de la population | 55 |
| 1. | Données socio-démographiques | 55 |
| 2. | Conditions d'exercice au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris | 60 |
| 3. | Aptitude aux nouvelles technologies (question 9) | 64 |

| | | |
|-------|---|-----|
| B. | Connaissance et opinions des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris sur la télémédecine. | 65 |
| 1. | Perception de la télémédecine..... | 65 |
| 2. | Appréciation de la télémédecine | 71 |
| C. | Télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris : attentes des médecins de cette structure de soins non programmés..... | 78 |
| 1. | Conception du nouvel acte de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 23 et 24)..... | 78 |
| 2. | Nouvel acte de télémédecine et médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 25, 26 et 27) | 80 |
| 3. | Nouvel acte de télémédecine et patients de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 28, 29 et 30) | 85 |
| 4. | Nouvel acte de télémédecine et association SOS Médecins Grand Paris (questions 31, 32, 33 et 34) | 90 |
| 5. | Nouvel acte de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris et adhésion des médecins de cette structure..... | 94 |
| V. | Discussion..... | 96 |
| A. | Autour de la méthodologie de notre étude, de notre échantillon et de sa représentativité | 96 |
| 1. | Choix d'une étude quantitative | 96 |
| 2. | Le questionnaire et le formulaire SurveyMonkey® | 96 |
| 3. | La participation | 98 |
| 4. | Les biais possibles de notre étude..... | 99 |
| 5. | Echantillon et représentativité | 100 |
| 6. | Analyse des résultats | 101 |
| B. | Autour des résultats de notre étude..... | 102 |
| 1. | Opinions des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris vis-à-vis de la télémédecine | 102 |
| 2. | Motivations et facteurs favorisant la participation des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure de soins non programmés..... | 107 |
| VI. | Conclusion..... | 110 |
| VII. | Références bibliographiques | 112 |
| VIII. | Table des illustrations | 123 |
| IX. | Annexes..... | 125 |
| A. | Annexe 1 : Questionnaire..... | 125 |
| B. | Annexe 2 : Réponses au questionnaire | 135 |
| C. | Annexe 3 : Courriers de recrutement et de relance | 145 |

| | |
|--|-----|
| D. Annexe 4 : Verbatims | 147 |
| E. Annexe 5 : Tableaux des analyses bivariées..... | 152 |
| F. Annexe 6 : CD-ROM joint à la thèse | 156 |
| X. Résumé..... | 157 |
| XI. Serment..... | 158 |

I. Introduction

La médecine est une science en perpétuelle évolution. Les modes de communication n'ont pas cessé, eux aussi, de progresser. Ils permettent de nos jours des transmissions d'informations entre individus de plus en plus rapides, de plus en plus sûres et sur des distances de plus en plus grandes avec des moyens de plus en plus perfectionnés. La médecine ne pouvait pas ne pas prendre en considération ces changements et rester en marge d'un des progrès les plus importants de notre société. C'est pour cette raison que les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ont été intégrées à la pratique médicale quotidienne et ont donné naissance à la **e-santé** dont le Dossier Médical Personnel (DMP) en est un des représentants le plus ancien et le plus connu.

La télémédecine est une composante de la e-santé et elle est, selon le code de la santé publique, une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication [1]. L'un des exemples les plus récents est l'expérimentation ECHO réalisée par l'astronaute Français Thomas Pesquet au sein de la Station Spatiale Internationale (ISS). Elle permet la réalisation d'une échographie au sein de l'ISS. L'expert peut manier et ajuster à distance la position de la sonde depuis la Terre et recevoir en retour une image de haute qualité [2]. Mise en avant par les derniers gouvernements et relancée par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2017 (LFSS 2017) qui proroge son financement et étend ses expérimentations à l'ensemble du territoire national [3], **la télémédecine semble être un atout majeur tant médical que social et économique** permettant de répondre aux défis que devra relever notre système de santé dans les années à venir : vieillissement de la population, démographie médicale en baisse, inégalité territoriale d'accès aux soins, hausse de la prévalence des maladies chroniques, coût de plus en plus élevé de la santé ou encore changement de mode de vie de la population...

De multiples instances gouvernementales comme le ministère de la santé, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), des instances régionales comme les Agences Régionales de Santé (ARS), médicales comme le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ou la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ainsi que des industriels du secteur du numérique travaillent sur le sujet de la télémédecine. Ils établissent des priorités nationales et régionales et cherchent à mettre en place et à améliorer les bases législatives, juridiques, déontologiques, économiques et industrielles de cette nouvelle pratique.

Les années 1990 furent révolutionnaires pour les TIC, raison pour laquelle **la télémédecine** s'est fortement développée dans de nombreux pays à partir de cette période et est dorénavant **en plein essor en France** avec une multiplication des projets sur le territoire national.

Un recensement de fin 2012 de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dénombre 331 projets de télémédecine [4] dont seulement 4% sont uniquement extrahospitaliers en 2015 [5] c'est-à-dire dans les secteurs ambulatoire et libéral.

Suite à la promulgation de la LFSS 2017 qui souhaite simplifier l'émergence et l'exploitation de projets de télémédecine, l'engouement des pouvoirs publics n'est plus à démontrer. En ce qui concerne le grand public, une étude réalisée en 2015 par la mutuelle Intériale auprès de ses adhérents en partenariat avec la Société Française de Télémédecine (SFT) montre que plus des deux tiers des personnes interrogées souhaitent utiliser une plateforme nationale de télémédecine [6].

Mais qu'en est-il des médecins généralistes libéraux ?

Les études publiées sont pour la plupart des travaux universitaires réalisés à partir de 2010, l'année de promulgation du décret sur la pratique de la télémédecine. Elles recensent l'opinion des médecins généralistes de régions ou départements de France tels que le Languedoc-Roussillon, l'Occitanie... [7,8]. Il n'existe à l'heure actuelle qu'une ou deux thèses réalisées auprès des médecins libéraux au niveau national [9]. L'ensemble de ces travaux concluent à un intérêt des médecins pour ce mode d'exercice mais ils sont réticents et en attente d'une législation encadrant la mise en œuvre de la télémédecine en termes de rémunération et de responsabilité.

Mais qu'en est-il de la télémédecine au sein des structures de soins non programmés ?

A ce jour, il n'existe pas d'étude évaluant l'apport de la télémédecine pour ces structures.

L'association SOS Médecins Grand Paris créée il y a plus de 50 ans, est une structure vouée aux soins non programmés et de premier recours en Ile-de-France. Ses actions vont de la visite à domicile à la consultation médicale, en passant par la régulation médicale, tout cela 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an. Cependant lors d'épidémies (grippe, gastroentérite aiguë...) ou dans certaines zones déficitaires en offre de soins l'association ne peut répondre à toutes les demandes de soins non programmés. Il nous paraît donc nécessaire de trouver une solution à cette problématique de santé publique. **La télémédecine pourrait être une de ces solutions.**

Devant ce constat et avant la mise en place d'un projet de télémédecine au sein de l'association, il nous a semblé pertinent d'évaluer l'intérêt des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris pour la télémédecine : connaissent-ils ce nouveau mode d'exercice médical ? Quels sont pour eux les avantages et inconvénients de cette nouvelle pratique ? Comment envisagent-ils la télémédecine au sein de la structure SOS Médecins Grand Paris ? Quels facteurs risquent d'influencer leur motivation à la pratiquer ?

Nous chercherons à étudier pourquoi et dans quelles mesures les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris pourraient adhérer à ce nouveau mode d'exercice qu'est la télémédecine.

II. La télémédecine

A. Définition de la télémédecine

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la **e-santé** (e-health en anglais) se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne » [10], c'est-à-dire comme **l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) au domaine de la santé**. Cela concerne des domaines comme **la télémédecine**, la prévention, le maintien à domicile, le suivi d'une maladie chronique à distance (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque ...), les dossiers médicaux électroniques du type DMP, les systèmes informatiques hospitaliers ainsi que les applications sur mobiles (m-santé) et la domotique, en passant même par la création de textiles intelligents.

Cette définition de la e-santé étant très large, il paraît nécessaire d'en définir les frontières en faisant l'inventaire des disciplines et concepts qui s'en réclament. Deux domaines majeurs se dégagent [11] :

Tout d'abord les Systèmes d'Informations de santé (SIS) ou Hospitaliers (SIH), qui forment le socle sur lequel repose la e-santé : ils organisent, au niveau informatique, les échanges d'informations entre la médecine de ville et l'Hôpital, ou entre les services au sein d'un même hôpital. C'est sur ces systèmes que reposent le DMP, le système de carte vitale...

Le second est la télésanté qui regroupe la télémédecine et la m-santé.

La télémédecine est donc une partie de la télésanté mais qu'en est-il de sa véritable définition.

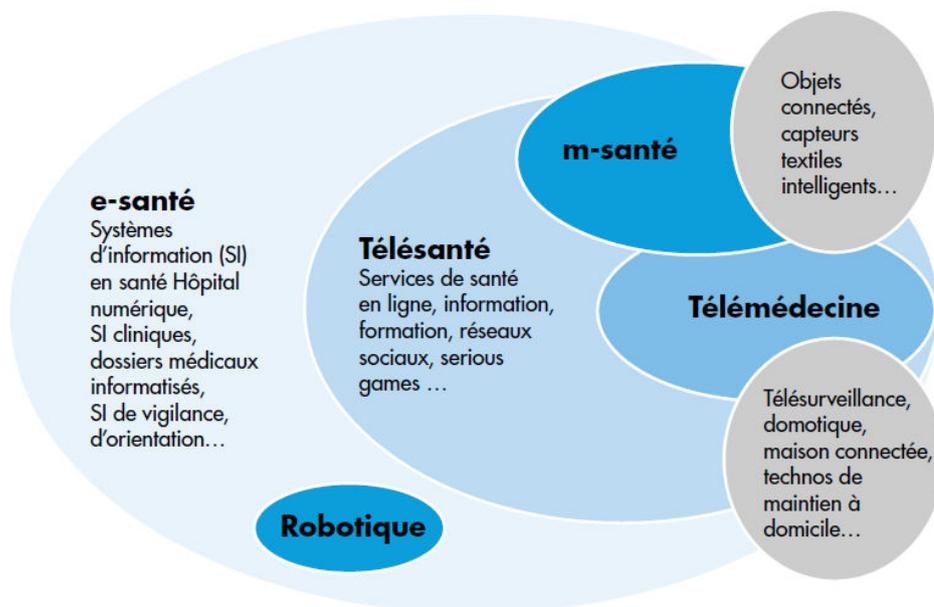


Figure 1. Schéma explicitant les différents domaines de la e-santé ainsi que leurs frontières respectives.

D'abord il faut revenir à l'étymologie du mot télémédecine. « Télé » est le préfixe venant du grec qui signifie à distance ou de loin. La **télémédecine** est donc étymologiquement **l'exercice de la médecine à distance**.

Cette définition étymologique étant très vaste, elle ne prend pas en compte les subtilités de cette pratique d'un point de vue légal, juridique, déontologique et éthique.

La définition la plus souvent retrouvée dans la littérature scientifique est celle de **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1997** [10] :

« Telemedicine is the delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communications technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation and for the continuing education of health care providers, all in the interest of advancing the health of individuals and their communities »

En effet pour l'OMS :

« La télémédecine permet à tout type de professionnel de santé d'exercer une activité de soins, même si l'éloignement en limite ses actions, au moyen des technologies de l'information et de la communication, pour assurer l'échange d'informations cohérentes à des fins, d'une part, de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des traumatismes et, d'autre part, pour des besoins de travaux de recherche et d'évaluations scientifiques mais aussi pour la formation continue des professionnels de santé, et ce toujours dans le but de faire progresser la santé des personnes et des populations. » [Notre traduction]

De cette définition apparaît la notion de **télémédecine « médicale »** qui est « **une activité professionnelle** qui met en œuvre des moyens de télécommunication numérique permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de **réaliser à distance des actes médicaux pour des malades** » [12] et de **télémédecine « informative »** définie comme « **un service de communication audiovisuelle** interactif qui organise la **diffusion du savoir médical** et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans **le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale** ». [13]

Par ailleurs, dès décembre 1998, le directeur de l'OMS Le Dr Fernando Antezana, précisait que la **terminologie de la télémédecine devait être réservée aux seules applications cliniques et thérapeutiques de la télésanté**, la télémédecine informative restant de la télésanté [14] :

« If telehealth is understood to mean the integration of telecommunications systems into the practice of protecting and promoting health, while telemedicine is the incorporation of these systems into curative medicine, then it must be acknowledged that telehealth corresponds more closely to the international activities of WHO in the field of public health. It covers

education for health, public and community health, health systems development and epidemiology, whereas telemedicine is oriented more towards the clinical aspects. »

L'OMS, au travers de cette définition et de sa clarification, axe ses priorités sur le développement de la télémédecine à destination des zones sous-dotées en professionnels et en moyens de santé. Son but est la mise à disposition du plus grand nombre, du savoir médical, dans un objectif de progression et d'amélioration de la santé mondiale.

En France, en 1996, le Professeur Louis Lareng, actuellement Président de la société européenne de télémédecine, définissait la télémédecine comme « l'ensemble des moyens de transmission à distance d'informations nécessaires à la pratique médicale, afin de recueillir, d'organiser et de partager les informations cliniques requises pour évaluer l'état du patient, poser un diagnostic et établir un traitement » [15].

Il faudra attendre le rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française demandé par la Ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies [16] ainsi que le rapport de l'ANAES de 2003 sur l'état des lieux de la télé-imagerie en France et ses perspectives de développement [17] pour voir apparaître l'année suivante dans **la législation française la définition de la télémédecine selon l'article 32 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie** [18] :

« La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical »

En France et en 2004, une étape est donc franchie en ce qui concerne la télémédecine.

C'est d'ailleurs lors de la promulgation de cette même loi qu'apparaît la notion de **télé-prescription** au travers de l'article 34 [19] :

« Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence. »

Devant la multiplication des TIC appliquées à la santé, les instances gouvernementales françaises ont voulu **définir précisément la télémédecine et la consolider**. C'est dans la **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 et dans l'article 78** que cette définition est inscrite et c'est celle qui est en vigueur actuellement et qui abroge sa première définition de 2004 [20] :

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

Cet article de loi a entraîné une modification du code de la santé publique sous la forme de l'article L. 6316-1 dans laquelle la télémédecine conserve la définition retrouvée dans la loi HPST [1].

Il faudra attendre le décret N° 2010-1229 relatif à la télémédecine du 19 octobre 2010, pour que le gouvernement modifie le code de la santé publique et explicite ce que sont les actes regroupés sous le terme de télémédecine [21] :

Ils sont au nombre de cinq et ils se composent de :

La téléconsultation :

« La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical [médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste] de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé comme, par exemple, une infirmière peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le médecin au cours de la téléconsultation. »

La télé-expertise :

« La télé-expertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. »

La télésurveillance médicale :

« La télésurveillance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données [cliniques, biologiques...] nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. »

La télé-assistance médicale :

« La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un médecin d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. »

La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale est le cinquième acte de télémédecine selon le décret de 2010.

Les cinq facettes de la télémédecine



Figure 2. Schéma explicitant les différents actes de télémédecine définis selon le décret télémédecine du 19 octobre 2010.

En plus de leur définition, ces actes peuvent être réalisés de façon synchrone ou asynchrone. En mode synchrone, les participants sont connectés en même temps : c'est le cas pour la téléconsultation ainsi que pour la télé-assistance. Les deux autres actes peuvent se concevoir des deux manières.

Mais qu'en est-il du positionnement du **Conseil National de l'Ordre des Médecins** (CNOM) en ce qui concerne la définition de la télémédecine.

Le CNOM, lui aussi, différencie, dans son **Livre Blanc sur la télémédecine de 2009**, télésanté et télémédecine, la télémédecine étant un sous-ensemble de la télésanté mais dont les activités sont exercées par des professions réglementées et il **définit la télémédecine** comme [22] :

« [...] une des formes de **coopération dans l'exercice médical**, mettant en **rapport à distance**, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et / ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement **dans le respect des règles de la déontologie médicale**. »

Le CNOM considère que l'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière, quant à son indication et sa qualité, et qu'il ne doit pas en être une forme dégradée. Dans ce livre blanc, on retrouve aussi une clarification des différents actes de télémédecine. Ils sont au nombre de quatre (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance et télé-assistance médicale). En effet le CNOM considère que la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale s'apparente à une forme de téléconsultation.

Au travers de cette définition, le CNOM souhaite apporter un aspect déontologique et éthique à l'exercice de la télémédecine, condition nécessaire pour garantir la qualité de la médecine et le respect des droits des patients.

En effet, la télémédecine n'est qu'un des outils supplémentaires au service de la médecine qui est, elle-même, au service des malades. Elle ne saurait contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient.

Points clés

| |
|--|
| <p>1997 : Première définition de la télémédecine selon l'OMS</p> <p>1998 : L'OMS précise que la terminologie télémédecine doit être réservée aux seules applications cliniques et thérapeutiques de la télésanté</p> <p>2004 : Première apparition dans la législation française de la définition de la télémédecine</p> <p>2009 : Définition toujours d'actualité dans le code de la santé publique de la télémédecine selon la loi HPST</p> <p>2009 : Première définition par la CNOM de la télémédecine</p> <p>2010 : Décret d'application de la télémédecine avec définition de chacun des différents actes la composant</p> |
|--|

Après avoir évoqué les différentes définitions de la télémédecine vues sous plusieurs angles, il paraît essentiel d'en présenter les outils existants et futurs.

B. Les différents outils de la télémédecine

La télémédecine est le virage numérique de la médecine. Quels en sont les outils ? Nous allons essayer de vous décrire, de façon non exhaustive, les outils actuels de cette télémédecine.

1. Les objets connectés et les applications pour smartphones

Les objets connectés mais aussi les applications pour smartphones font partie intégrante de notre vie depuis quelques années.

Certaines entreprises se sont centrées sur l'e-santé. C'est le cas de Nokia® qui a racheté très récemment Withings®, société française pionnière et spécialisée dans la santé connectée. Cette entreprise commercialise des objets connectés de type tracker d'activité, thermomètres, tensiomètres et des balances [23]. Elle distribue, par ailleurs, en exclusivité mondiale une balance connectée calculant la vitesse d'onde de pouls permettant pour la première fois de suivre sa santé cardiovasculaire.

Au travers de l'application Nokia Health Mate®, des informations de santé peuvent être collectées : activité physique (le nombre de pas ou la distance parcourue), nombre de calories dépensées, poids, tension artérielle, température. Ces données peuvent être transmises au médecin pour une surveillance continue ou systématique. Elles peuvent aussi être transmises sur décision du patient en cas d'inquiétude ou de questionnement concernant l'attitude thérapeutique à adopter lorsque la tension artérielle n'est pas dans les objectifs thérapeutiques du patient et en cas de prise de poids ou de température persistante ...



Figure 3. Body Cardio - balance connectée de Nokia



Figure 4. Thermo - Thermomètre connecté de Nokia

C'est un des nombreux exemples d'objets connectés qui participent à une forme de télésurveillance médicale mais ces objets vont encore plus loin car ils participent même à une forme de télé-éducation des patients sur le plan de la santé. En effet, au travers de leur application smartphone, ces objets connectés permettent aux patients de mesurer des données de santé, d'observer les résultats, de les analyser et de les faire progresser. Les patients sont, bien entendu, guidés dans ces étapes par les applications. C'est un outil d'éducation thérapeutique et une motivation pour les patients à adopter des règles hygiéno-diététiques de façon plus ludique.

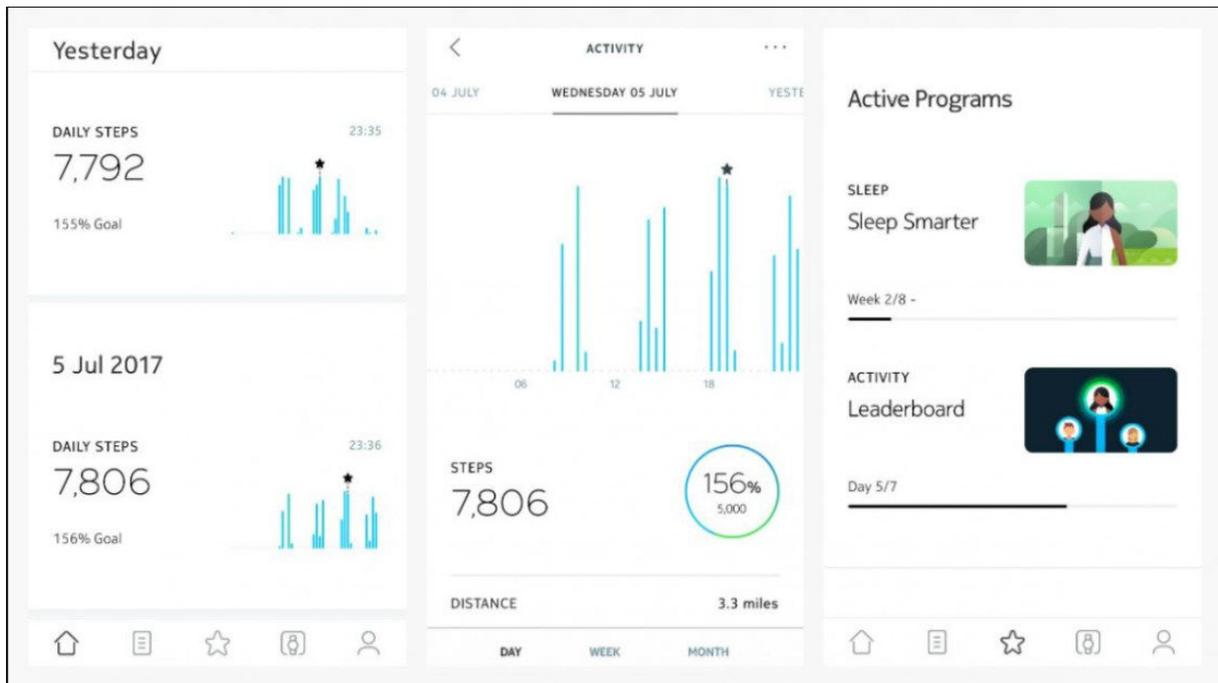


Figure 5. Application Nokia Health Mate®

De grands fabricants de matériel médical tels que Welch Allyn® ou Visiomed® ont compris ce virage numérique de la santé et ont lancé en 2017 des équipements permettant une forme d'auto-surveillance médicale : on pourrait citer, là encore, un tensiomètre connecté chez Welch Allyn® [24], voire la première station mobile connectée de télémédecine, la VisioCheck® chez Visiomed® [25]. Ce VisioCheck® est une véritable station mobile de télémédecine connectée qui permet de faciliter l'ensemble des usages de la télémédecine en médecine libérale comme hospitalière ; que ce soit en matière de télésurveillance entre patients et plateformes médicales, de télé-expertise entre professionnels de santé ou de téléconsultation entre patients et professionnels de santé.



Figure 6. VisioCheck® - Station mobile connectée de télé-médecine de Visiomed®

2. La téléconsultation/ télé-expertise

Dans une publication de 2013 de la DGOS, 78% des actes de télé-médecine étaient soit une téléconsultation soit une télé-expertise [4]. Nous allons donc essayer de vous présenter certains de ses dispositifs.

Prenons l'exemple du projet de télé-médecine en EHPAD réalisé par la région Nouvelle Aquitaine grâce à la plateforme TélÉA [26]. Ce projet de télé-médecine en EHPAD s'opère sur différents champs d'action : les plaies chroniques de type escarres, les troubles psycho-comportementaux liés à la démence, les pathologies psychiatriques, les situations palliatives ou de fin de vie ou encore la dermatologie.

Chaque EHPAD ayant recours à la télé-médecine est équipé soit d'une station fixe, soit d'un chariot mobile de télé-médecine.

Sur ce chariot se trouvent notamment une caméra haute définition permettant la transmission d'images de qualité au centre expert et un dispositif informatique (écrans + clavier) permettant au personnel soignant de l'EHPAD de voir et d'interagir avec l'équipe d'experts. Au niveau de ces chariots mobiles, tout est fait pour minimiser les interactions entre le matériel de télé-médecine et les soignants sur place de façon à leur permettre de se concentrer uniquement sur la réalisation de l'acte. Aucune action sur le matériel n'est nécessaire au cours de la consultation. Il suffit d'allumer le matériel et d'attendre l'appel du médecin expert requis.

Le spécialiste du centre expert qui réalise la consultation à distance peut échanger en visioconférence avec le patient et l'équipe présente sur place. Une caméra haute définition pilotable à distance lui permet de s'approcher au plus près du patient, alors qu'une seconde caméra lui permet d'apprécier de façon plus globale la situation autour du patient. L'expert pourra même, le cas échéant, partager différentes informations avec l'équipe soignante. En juin 2017, la région Nouvelle-Aquitaine a fêté sa millième téléconsultation en EHPAD grâce à ces chariots mobiles de télé-médecine.



Figure 7. Chariot mobile de télémedecine du projet télémedecine en EHPAD de la région Nouvelle Aquitaine

Dans d'autres cas, ces chariots mobiles de télémedecine peuvent être accompagnés d'autres dispositifs médicaux tels qu'un otoscope, un dermatoscope voire même un électrocardiogramme.

Ces chariots de visioconférence sont un des outils de la téléconsultation ou de la télé-expertise mais **d'autres solutions encore plus autonomes existent.**

Un nouvel outil vient compléter et améliorer ces chariots mobiles : **la cabine de télémedecine ou Consult station®.**

Cet outil a été installé pour la première fois dans une résidence seniors du groupe Sairenor® en 2014 [27].

Cette Consult Station® est une technologie unique de la société française H4D qui permet d'établir une prise en charge complète d'un patient. La diversité des instruments de mesure présents dans la cabine et le dialogue qui s'opère via la visioconférence permettent au médecin d'établir un diagnostic fiable et sécurisé.

Cette cabine est équipée d'un tensiomètre, d'un thermomètre, d'un oxymètre, d'un dermatoscope, d'un otoscope, d'un stéthoscope, d'une balance et d'une toise, d'un électrocardiogramme, mais aussi d'un audiogramme tonal ainsi que des tests visuels (acuité visuelle, tests des couleurs...). Cette cabine est déjà en service au sein de la mutuelle Smerep à Paris depuis 2016 pour la réalisation de bilans de santé et son utilisation a été étendue à la téléconsultation en février 2017. L'objectif de ce service est de ramener les étudiants vers une prise en charge médicale [28]. Environ une quarantaine de Consult station® ont été commandées comme celle de l'icade, opérateur immobilier intégré, qui est la première cabine de téléconsultation médicale en entreprise, livrée en mars 2017 [29].

Cette liste d'outils n'est pas exhaustive, il existe une multitude d'autres outils tels que dans le cadre de la télé-expertise les scopes connectés par les réseaux mobiles de troisième génération permettant un suivi en temps réel des patients pris en charge par les SAMU mais aussi les appareils de radiologie permettant la télé-expertise à distance.



Figure 8. Consult Station® - Cabine de télé-médecine par H4D

3. La télésurveillance médicale

Nous avons déjà partiellement abordé le sujet de la télésurveillance médicale avec les objets connectés. Prenons l'exemple du projet Icare. Ce projet s'inscrit dans un contexte national et international qui fait du vieillissement de la population un enjeu sociétal majeur des prochaines années [30].

Il doit permettre de développer et déployer sur 2 048 foyers de Corrèze, Creuse, Haute-Vienne et Loir-et-Cher, des solutions domotiques et des services liés aux nouveaux moyens de communication afin d'évaluer des modèles économiques et médico-sociaux innovants permettant de prendre en charge la dépendance de demain.

La deuxième phase du projet était basée sur l'évaluation des solutions déployées et en particuliers **la télésurveillance médicale par la mise en place d'un service de télésurveillance clinique à domicile.**

Le but de cette télésurveillance est d'améliorer le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques.

Chaque patient est équipé d'une panoplie d'outils d'examen connectés et intelligents (balance, oxymètre, thermomètre, etc.). Le patient a un suivi régulier de ses constantes qui lui permettent de déceler les indices d'un accident ou d'une décompensation. La tension, le poids, la température seront transmis en temps réel aux trois professionnels de santé suivants

: le généraliste, l'infirmière et un gériatre référent au CHU. Grâce à ces données, les personnels de santé pourront anticiper les risques et faire des prescriptions ou des préconisations.

Ces solutions permettront ainsi d'optimiser l'intervention du médecin traitant, au profit de son activité d'expertise et de coordination, tout en optimisant l'acte paramédical de surveillance clinique au domicile.

Actuellement, le projet Icare a déjà équipé 1908 logements sur les 2048 nécessaires pour son expérimentation globale.



Figure 9. Exemple d'équipement du projet de télésurveillance médicale Icare

Ces outils ne sont qu'un aperçu de ce que peut être la télésurveillance médicale, acte de télé-médecine qui va probablement se développer compte tenu de l'enjeu du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

4. La télé-assistance médicale

La télé assistance médicale peut être considérée comme un acte médical lorsqu'un médecin assiste à distance un autre médecin en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie.

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'outils spécifiques de téléassistance médicale ni de projet en cours d'expérimentation. Les chariots mobiles de télé-médecine pourraient très bien être utilisés dans le cadre de la téléassistance médicale.

Le développement actuel de la robotique en chirurgie permettra probablement dans le futur à un chirurgien d'être accompagné par un confrère à distance dans un acte chirurgical. C'est une des évolutions futures de la télé-chirurgie.

Après vous avoir présenté les différents outils de la télé-médecine, nous allons vous exposer les différents aspects de la télé-médecine en France.

C. La télémédecine en France

1. *Cadre légal, juridique, déontologique et économique*

a) *Cadre légal*

Suite à deux rapports [16,17] demandés par le législateur concernant l'état des lieux de la télémédecine et de la télé-radiologie en France en 2003, il devient nécessaire de donner un cadre légal à une pratique en fort développement en France. C'est pour cette raison que la **loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004** y consacre deux articles [31].

L'article 32 autorise la pratique de la **médecine à distance**, pratique auparavant interdite par la loi, sous le **terme de télémédecine, en stipulant comme seule règle le respect de la déontologie médicale** [18].

L'article 33 stipule que son organisation doit être réalisée au niveau régional et dans une démarche de santé publique et d'accès aux soins [32].

Malgré cette première approche législative, la télémédecine stagne et se développe plus lentement que dans d'autres pays et de façon principalement locale ou régionale.

C'est ainsi qu'en juillet **2008**, le **Haut Conseil Français de la Télésanté et des Coopérations Francophones** ou Commission Galien établit un rapport dont le titre « Télésanté, autonomie et bien-être, la maison brûle » explique bien cette situation, c'est-à-dire qu'en ce qui concerne la télémédecine la maison brûle et qu'il est vital de passer à l'acte. Elle dénonce tout simplement le retard pris en France dans le développement de la télémédecine.

La France fait partie des pionniers de la télésanté, qu'il s'agisse des premières expériences de télémédecine ou de l'accès à des données de santé pour tous grâce, par exemple, au Minitel mais son développement souffre d'une grande complexité, d'un manque de moyens et d'une vision stratégique globale.

En effet, cette commission insiste sur **la nécessité d'une ambition politique forte et clairement affichée en s'appuyant sur des réalisations efficaces et pérennes existantes en France ou dans d'autres pays** [33].

C'est aussi la même année que le ministère de la santé et des sports charge Pierre Simon et Dominique Acker, conseillers généraux des établissements de santé, d'un **rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins** [34]. Suite à un état des lieux en France, en Europe et dans le monde et face aux enjeux et aux freins d'un déploiement, ce rapport confirme la nécessité d'un déploiement de la télémédecine en France d'un point de vue la de santé publique. Ces deux rapporteurs établissent **un certain nombre de préconisations dont les axes prioritaires sont un engagement politique vis-à-vis de la télémédecine clairement annoncée aux professionnels de santé et à la population, une rénovation du cadre juridique avec une meilleure définition des pratiques existantes entrant dans le champ de la télémédecine.**

Enfin en novembre 2008, **la Communauté Européenne (CE)**, qui s'est fortement investie depuis 1988 dans les projets de recherche et développement en télésanté, publie **une communication au Parlement européen concernant la télémédecine au service des patients**, des systèmes de soins de santé et de la société. Dans cette circulaire, le CE définit **trois niveaux d'action vis-à-vis de la télémédecine dans les années à venir**. L'un des plus important est

l'examen des besoins et des priorités en télémédecine des états membres d'ici fin 2009 et leur adaptation à la réglementation nationale de manière à ce qu'elles permettent un accès plus large aux services de télémédecine avant la fin 2011 pour couvrir des aspects tels que l'accréditation, la responsabilité, le remboursement, la confidentialité et la protection des données [35]. Le CNOM a salué dans son Livre Blanc de 2009 [36] l'initiative prise par la CE.

Devant ces rapports qui jugent le cadre légal actuel de la télémédecine insuffisant ainsi que dans le but de répondre aux instances européennes, le gouvernement, souhaitant afficher son intention de faciliter et d'encourager le développement de la télémédecine, a **renové le cadre légal encadrant la télémédecine en l'intégrant à la loi HPST du 21 juillet 2009 au travers de l'article 78 [20], codifié à l'article L.6316-1 du code de la santé publique (CSP) [1].** L'objectif de la loi HPST est de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé français et elle propose une définition simple de la télémédecine dont les actes, les conditions de mise en œuvre et de prise en charge seront fixés par un décret [21]. Cette loi abroge les articles 32 et 33 de la loi de 2004 concernant la télémédecine.

La loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 s'applique à la télémédecine [37] car la télémédecine peut entraîner un hébergement et une transmission de données à caractère personnel du patient entre professionnels de santé. C'est pour cette raison que **toute activité de télémédecine doit être déclarée** (déclaration ou demande d'autorisation) à la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)** afin d'en garantir les échanges.

Pour garantir la qualité de ces échanges, il faut un haut niveau de sécurité avec :

- identification des professionnels, utilisation de la Carte de Professionnel de Santé (CPS) si elle est en place lors de l'acte de télémédecine ;
- confidentialité des données ;
- chiffrement des données ;
- traçabilité des connexions ;
- intégrité des données ;
- archivage : Les dossiers doivent être gardés 20 ans ;
- référentiel conforme aux référentiels d'interopérabilité de sécurité (ASIP) ;
- en cas hébergement de données requis : un consentement exprès du patient à cet hébergement (un consentement électronique est possible).

De plus Le **décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel [38]** est venu **préciser les conditions de l'hébergement des données de santé** en prévoyant notamment **le principe de l'agrément des hébergeurs** (dossier juridique, technique et économique) pour une durée de 3 ans. Ce texte prévoit également que la conservation d'informations concernant la santé des patients doit obligatoirement donner lieu, si elle est externalisée, au recours à un hébergeur agréé.

Points clés

2004 : Première législation française encadrant la télémédecine

2008 : Deux rapports, un de la Commission Galien et le second de Pierre Simon et Dominique Acker réclament une rénovation du cadre légal encadrant la télémédecine

2008 : Circulaire de la CE demandant l'adaptation à la réglementation nationale de la télémédecine pour favoriser son développement en Europe

2009 : Rénovation de la législation encadrant la télémédecine en France au travers de la loi HPST

b) Cadre juridique

C'est le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine qui permet de définir juridiquement la télémédecine. Ce décret précise ce que sont les actes de télémédecine ainsi que les conditions de mise en œuvre et d'organisation de la télémédecine sur le territoire français [21]. Ces dispositions ont été codifiées dans le code de la santé publique aux articles R.6316-1 [39] et suivants.

En ce qui concerne **la mise en œuvre de la télémédecine** :

Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé du patient sauf impossibilité ou urgence. Le médecin est tenu d'informer le patient sur l'acte médical réalisé [(art. L. 1111-2 CSP)] ainsi que sur le procédé de télémédecine utilisé. Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des TIC.

Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
- l'identification du patient ;
- l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;
- lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

Il doit être inscrit dans le dossier du patient, tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée :

- le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;
- l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- la date et l'heure de l'acte ;
- le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

En ce qui concerne **l'organisation de la télémédecine** :

L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :

- soit d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;
- soit d'une inscription dans l'un des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins conclus entre les Agences régionales de Santé (ARS) et les établissements de santé ou les organismes concourant aux soins ;
- soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

Les contrats conclus au plan régional doivent respecter les prescriptions des projets régionaux de santé relatifs au développement de la télémédecine ou Plan Régional de Télémédecine (PRT) afin de prendre en compte et de s'adapter aux particularités régionales d'organisation des soins.

Le professionnel de santé qui participe à un acte de télémédecine doit être autorisé à exercer en France selon la législation en vigueur et doit satisfaire à l'obligation d'assurance en responsabilité civile professionnelle. Il doit aussi avoir la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs de télémédecine correspondants.

Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes mentionnés. Cette convention organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre leurs exigences.

Enfin, les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des TIC pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'ASIP-Santé et conforme aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel, l'hébergeur devant être agréé.

Ce que l'on peut remarquer sur ce cadre juridique est le manque de précision en ce qui **concerne la responsabilité des différents acteurs engagés dans un acte de télémédecine** et plus particulièrement sur **les conséquences de l'acte médical effectué**. C'est, par ailleurs, une question récurrente qui avait déjà été mise en évidence comme barrière au développement de la télémédecine en France dans le rapport de 2008 sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins [34].

Cette problématique concerne aussi bien les instances gouvernementales que médicales.

En effet, en 2009, Le CNOM dans son Livre Blanc sur la télémédecine [36] avait mis en évidence que la mise en application de la télémédecine s'était essentiellement réalisée sous l'impulsion de grands centres hospitaliers régionaux, principalement autour de programmes de télé-expertise prenant appui sur les transferts d'images médicales et sur des équipements en visioconférence. Elle est donc largement restée dans un périmètre hospitalier facilitant ainsi

la maîtrise des risques juridiques potentiels, en les cernant par la seule responsabilité administrative des établissements publics. Le CNON sous-entend aussi que le manque de clarification des responsabilités engagées ainsi que de jurisprudences a pu freiner le développement de la télémédecine dans les établissements privés et auprès des médecins libéraux.

La télémédecine entraîne aussi une **situation juridique nouvelle en droit médical** qui résulte de **l'exercice collectif de la médecine entre des professionnels de santé de statuts différents**. La télémédecine favorise cet exercice collectif au plan du diagnostic et des décisions thérapeutiques partagés et elle **entraîne une notion de coresponsabilité**.

Comme le précise l'article R4127-64 du code de la santé publique [40], lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles. C'est aussi le cas pour le médecin requérant autant que pour le médecin requis lorsqu'ils pratiquent la télémédecine conjointement.

Depuis l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 [41], le droit positif reconnaît à la responsabilité médicale un caractère contractuel, ce qui est le cas pour le médecin requérant dans le cadre d'un acte de télémédecine mais le patient ne choisit pas le médecin requis, et donc, le lien de confiance qui préside généralement à la relation médecin/patient n'existe pas ce qui entraîne une responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle pour le médecin requis et non contractuelle. Cette responsabilité délictuelle repose sur trois éléments fondamentaux : une faute, un dommage et un lien de causalité entre la faute et le dommage, la charge de la preuve incombant au demandeur, c'est-à-dire à la victime du dommage, le patient, qui devra également prouver le préjudice subi.

Cette différence de traitement en droit médical entraîne de nombreuses interrogations sur le plan juridique et sur le partage des responsabilités.

De plus, les responsabilités professionnelles engagées (droit administratif, droit civil) diffèrent selon l'exercice : libéral, en établissement public ou en établissement privé et selon les professionnels médicaux ou de santé.

Mais encore, **la pratique de la télémédecine nécessite l'utilisation d'outils technologiques qui véhiculent les informations** : mise à disposition du dossier médical du patient par internet ou tout autre moyen de communication, visioconférence, téléphone notamment...

La jurisprudence française impose aux établissements et aux médecins la responsabilité du dispositif médical c'est-à-dire des outils utilisés qui sont considérés comme un outil de diagnostic, de prévention, de contrôle et de traitement. Comme l'écrit M. Croels : « Le médecin semble tenu d'une obligation de résultat notamment quant à la non-dangerosité du matériel qu'il utilise et à une obligation de moyen quant à l'acte médical qu'il réalise grâce à lui » [42]. Les « tiers technologiques » que sont les fabricants, vendeurs de matériel, développeurs de logiciels, fournisseurs d'accès à internet, opérateurs de télécommunications seront en général l'objet d'une action récursoire de la part des médecins recherchés par les patients, notamment sur la base de la responsabilité des produits défectueux.

En 2009, Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, remet un rapport sur les modalités éco-responsables d'un déploiement de la télésanté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin,

Ministre de la Santé et des Sports. Dans celui-ci, il émet de nombreuses recommandations dont la septième est de responsabiliser les acteurs de la télémédecine en créant un nouveau cadre juridique qui passe par l'élaboration de convention type (entre professionnels de santé - entre établissements et industriels) afin de fixer les règles de responsabilité de chacun des acteurs [43]. Le contenu des contrats qui lient les « tiers technologiques » au médecin, où à la structure qui emploie le médecin, devient primordial.

Par ailleurs, en 2011, le guide à l'attention des professionnels de santé établi par la CNIL rappelle que le cadre juridique est toujours inachevé et qu'il faut clarifier les responsabilités des différents acteurs [44].

C'est enfin en **2012** suite aux différentes problématiques évoquées, que la **Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)** publie le rapport « **Télémédecine et responsabilités juridiques engagées** » [45]. Dans ce rapport, elle explique la répartition des charges et des responsabilités en fonction des actes effectués et en fonction du statut des acteurs médicaux. Elle précise que la rédaction de conventions entre les différents intervenants à l'acte de télémédecine lors de la conception du projet permettra de délimiter la nature précise de leurs engagements respectifs et les contours de leur responsabilité.

Au final, elle précise que la télémédecine n'a pas besoin d'un régime de responsabilité spécifique et qu'elle est fondée sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle. Cette responsabilité pourra être solidaire en cas de dualité de fautes entre médecin ou l'établissement requérant et médecin ou l'établissement requis.

En ce qui concerne le « tiers technologique » le nouvel intervenant de l'acte de télémédecine, la DGOS rappelle qu'il existe une responsabilité sans faute du professionnel de santé ou de l'établissement tenus à une obligation de sécurité-résultat pour le matériel de télémédecine assimilé à un dispositif médical et que des procédures en justice pourront être menées contre ce tiers technologique aussi bien par les patients que par les utilisateurs.

Points clés

2010 : Publication du décret permettant de définir juridiquement la télémédecine ainsi que ses conditions de mise en œuvre et d'organisation mais il manque de précision en ce qui concerne la responsabilité des différents acteurs engagés.

2011 : La CNIL rappelle que le cadre juridique est toujours inachevé

2012 : La DGOS publie un rapport dans lequel est définie la répartition des charges et des responsabilités en fonction des actes effectués et en fonction du statut des acteurs médicaux engagés dans des actes de télémédecine.

c) *Cadre déontologique*

Suite à l'apparition en 2004 de la première loi relative à la télémédecine et à son exercice au travers de l'article 32 [18], **le CNOM publie en juillet 2005** un rapport dans lequel il souhaite définir les « règles déontologiques » auxquelles cette loi fait référence [46]. Selon lui, différents articles du code de déontologie actuel contribuent à la définition de l'exercice de la télémédecine (articles 32, 33, 60, 35, 36, 42, 71, 72, 73, 64, 69 et 53).

L'application de ces douze articles à la télémédecine a conduit le CNOM à **définir six critères indispensables à son exercice** :

- nécessité de la télémédecine dictée par l'état de santé du patient ;
- impératifs de qualité ;
- consentement éclairé du patient ;
- secret professionnel ;
- responsabilité ;
- valorisation des actes de télémédecine.

En 2009, le CNON rappelle dans son Livre Blanc [22] que « **L'usage des technologies de l'information et de la communication dans l'exercice de la télémédecine ne justifie pas une disposition spécifique du code de déontologie médicale puisque tous les principes en vigueur dans la forme usuelle de la pratique médicale demeurent et s'appliquent** ». Le CNOM donne, tout de même, une lecture du code de déontologie appliquée à la télémédecine dans la conclusion de ce Livre Blanc, en douze points. Enfin, il précise que l'utilisation des TIC au service de la médecine reste résolument fondée sur le respect des droits des patients.

En 2013, une analyse réalisée conjointement entre **le CNOM et l'Association Nationale de Télémédecine (ANTEL)** démontre explicitement que **la pratique de la télémédecine par les professionnels de santé ne peut en aucun cas relever du e-commerce** et doit donc être bien distinguée des autres prestations du domaine de l'e-santé [14]. En effet, l'activité commerciale portée par l'industrie de la santé numérique ou e-santé, qui relève de la Directive européenne du 8 juin 2000 concernant les services de la société de l'information [47], c'est-à-dire du commerce électronique, ne trouve pas son champ d'application dans la pratique de la médecine, même lorsque cette pratique fait appel aux TIC. Cette problématique vient du fait qu'il existe, même encore actuellement, une certaine ambiguïté entre télémédecine et e-santé.

En juin 2014, une déclaration commune des ordres européens sur la télémédecine [48] confirme que celle-ci n'est pas du e-commerce, et que l'exercice de la télémédecine n'impose pas de dispositions spécifiques dans les codes de déontologie médicale des Etats membres de l'Union ni dans la Charte européenne d'Ethique médicale puisque les principes éthiques et déontologiques en vigueur demeurent et s'appliquent à cette pratique de la médecine. Elle rappelle aussi l'importance du droit des patients et du respect de la relation médecin/patient qui s'imposent de la même manière en télémédecine que dans le cadre habituel des soins en présence physique.

C'est la même année en **septembre 2014, que le CNOM publie le « Vade-mecum de la télémédecine »** pour aider au développement de nouveaux projets de télémédecine [49]. C'est un **guide commenté sur les aspects juridiques et déontologiques à respecter lors de la construction des projets de télémédecine et dans sa pratique quotidienne**. Ce document s'ajoute à des productions plus anciennes telles que le "Guide de pilotage et de sécurité" publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juillet 2013 [50] ou d'autres publiées par la DGOS.

Il rappelle les éléments qui doivent apparaître dans les contrats ou projets de télémédecine, contrats soumis à un examen ordinal régional ou départemental.

Il indique que la première phase de l'examen ordinal d'un projet de télémédecine doit porter sur **ses objectifs précis en termes de parcours de soins**. Pour l'ordre « il n'est nul besoin de télémédecine en redondance de ce qui existe déjà ». Cette pratique doit être un « appoint correspondant aux besoins d'accès aux soins » et un projet ne sera approuvé que s'il apporte une « **amélioration substantielle de la prise en charge des patients** ».

Pour le CNOM, la référence au code de déontologie ne doit pas être une mention de portée générale. **Le projet et /ou le contrat doit faire mention expresse et explicite des droits des patients : information et consentement, indépendance professionnelle du médecin de proximité comme du médecin à distance, respect du secret professionnel**. Il insiste aussi sur la nécessaire traçabilité des échanges et la protection des données personnelles lorsqu'elles circulent sur le réseau. Enfin, dans tous les cas, **les échanges entre médecins à l'occasion d'acte de télémédecine doivent rester sous le sceau des règles déontologiques de bonne confraternité** conformément à l'article 56 du code de déontologie médicale [51].

En février 2016, le CNOM publie un **rapport de mission**, lancée fin 2015, pour examiner la **conformité des nouvelles prestations médicales en ligne au regard de la déontologie professionnelle, de l'éthique médicale et de responsabilité professionnelle** [52].

En effet, des offres parallèles de prestations médicales téléphoniques ou informatiques s'affranchissent des contraintes juridiques ou législatives actuelles liées à la télémédecine ouvrant vers **des situations « d'ubérisation de la médecine »**.

Le CNOM se place résolument dans une dynamique d'accompagnement des nouvelles voies offertes par la télémédecine et l'e-santé, au bénéfice des patients.

Il attire l'attention du gouvernement sur le téléconseil personnalisé et sur la téléconsultation proposée dans le cadre des assurances complémentaire santé collectives où existe une très vive concurrence et des enjeux financiers considérables, en lui demandant à la fois de lever le flou juridique dans le premier cas et le flou sur la place de l'assureur complémentaire comme seconde porte d'entrée dans le système de soins dans le second cas.

Il constate que d'autres offres de prestations médicales électroniques moyennant rétribution fleurissent sur Internet (par exemple, un deuxième avis médical annoncé comme « d'expertise ») alors même que le Code de la Santé Publique indique que la médecine ne peut pas être pratiquée comme un commerce et que toute forme de publicité directe ou indirecte pour un médecin est interdite.

Ce rapport aboutit à la **mise en exergue de dix points qui restent toujours d'actualité en 2017** dont **les plus importants relatifs à la déontologie** sont les suivants :

- le CNOM demande une simplification de la réglementation sur la télémédecine pour permettre son « virage ambulatoire » souhaité par le gouvernement mais aussi l'instauration **d'une régulation des autres offres numériques en santé dans le respect de principes éthiques et déontologiques dans le champ sanitaire ;**
- le CNOM demande la mise en œuvre concrète et appliquée aux territoires de santé de moyens télé-médicaux et la promotion de la télémédecine comme un des moyens de coopération entre professionnels de santé sur un territoire, afin de répondre aux besoins des patients et aux attentes des médecins qui les prennent en charge ;
- le CNOM considère que comme la télémédecine est une forme de pratique médicale, **il n'est plus justifié de créer un régime particulier de contractualisation avec l'ARS**

lorsqu'elle est pratiquée par les médecins de premier et de second recours dans le cadre du parcours de soins ou de la prise en charge coordonnée du patient.

Cependant une contractualisation obligatoire avec l'ARS devrait être maintenue dans le décret pour les activités de télémédecine qui seraient de nature expérimentale.

Dans le cadre d'une contractualisation le visa de l'avis ordinal sur les contrats signés devrait être mentionné au regard du respect des règles déontologiques telles qu'établies dans le code de la santé publique ;

- le CNOM rappelle que **la révision de l'écriture du décret télémédecine est nécessaire et devra être menée de façon conjointe et concomitante avec la réécriture de l'article R.4127-53 du code de la santé relatif à la déontologie médicale.** En effet, l'article 53 du code de déontologie médicale [53] précise que « Le simple avis ou conseil dispensé par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire ». **Cela permettra au « téléconseil personnalisé » de devenir une forme particulière de téléconsultation, lorsque cette activité est clairement intégrée et tracée dans la prise en charge ou le suivi du patient ;**
- le CNOM estime que **lorsque des sociétés intermédiaires interviennent comme conciergeries numériques entre la demande d'une personne et le médecin qui y répond il est nécessaire de contrôler les contrats passés entre le médecin et la société intermédiaire** avant leur mise en œuvre, **dans le respect de clauses déontologiques essentielles publiées par le CNOM ;**
- enfin, il paraît essentiel pour le CNOM d'évaluer les responsabilités encourues par ces sociétés tierces ayant une vocation commerciale au sujet, notamment, de la protection de l'utilisateur vis-à-vis des pratiques commerciales et de leur qualité en matière de santé, en fonction du droit national et de l'état du droit européen.

Points clés

2005 : Le CNOM publie un rapport définissant les « règles déontologiques » auquel la première loi sur la télémédecine de 2004 fait référence

2009 : Le CNOM rappelle dans son livre blanc que l'utilisation des TIC dans l'exercice de la télémédecine ne justifie pas une disposition spécifique du code de déontologie médicale.

2013 : Le CNOM et l'Association Nationale de Télémédecine rappellent que la pratique de la télémédecine par les professionnels de santé ne peut en aucun cas relever du e-commerce

2014 : Les Ordres européens rappellent encore que la télémédecine n'impose pas de dispositions spécifiques dans les codes de déontologie médicale des Etats et qu'elle ne peut s'apparenter à du e-commerce

2014 : Le CNOM dans son « Vade-mecum de la télémédecine » précise les bases déontologiques pour le développement d'un projet de télémédecine tel que le respect du parcours de soins et l'amélioration substantielle de la prise en charge des patients

2016 : Le CNOM publie un rapport sur la conformité des nouvelles prestations médicales en ligne au regard de la déontologie médicale, s'inquiète d'une « ubérisation de la santé » et demande une révision de la loi encadrant la télémédecine

d) *Cadre économique*

Deux aspects économiques de la télémédecine sont à prendre en compte : le **financement des projets** et la **valorisation des actes pour les professionnels de santé**.

Le décret d'application de la télémédecine paru en 2010 tient compte de ces deux aspects [21].

Selon ce décret, le remboursement des actes de télémédecine doit être pris en charge par l'assurance maladie comme n'importe quel autre acte médical à partir du moment où ils sont inscrits sur la liste des actes et prestations pris en charge et remboursés par l'assurance maladie. Cette inscription sur la liste des actes remboursables est décidée par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et après avis de la HAS et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM).

En ce qui concerne le financement des projets, il peut être fourni par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins en milieu libéral créé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007, remplacé en partie en 2012 par le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

La problématique économique de la télémédecine avait été très rapidement portée à la connaissance du gouvernement. En effet, dès 2009, Pierre Lasbordes dans son rapport [43] en avait abordé certains points. Selon lui, **il est important de concevoir un cadre de rémunération équitable et de tarification maîtrisée**. Il s'agissait donc d'anticiper le risque inflationniste du fait de la fragmentation des actes et des activités, d'adopter de nouveaux modes de rémunération pour des prises en charge innovantes, d'engager la révision de la nomenclature des actes sur les thèmes qui ont été validés par la HAS. **Il suggère tout de même des rémunérations à l'acte ou au forfait selon les situations**. De plus, selon ce rapport, en ce qui concerne **le financement des projets, leur déploiement requiert une politique de soutien à l'investissement par la puissance publique aux niveaux territorial, national mais aussi européen**.

Enfin, que ce soit le financement des projets de télémédecine ou la tarification des actes, il précise qu'il est **nécessaire d'obtenir des études médico-économiques**. L'objectif est de trouver le juste milieu entre les aspects qualitatifs (en termes de bénéfice patient) relatifs à la mise en place du projet de télémédecine et son coût potentiel pour la collectivité, mais également en regard des économies réalisables pour les autorités de tutelle. Ces études permettront de juger des moyens nécessaires et aideront les déploiements de futurs projets.

Devant ce manque d'études médico-économiques, **la DGOS a saisi la HAS en 2010** pour faire le point sur les connaissances en matière d'évaluation médico-économique de la télémédecine à partir d'une revue de la littérature internationale dans **le but de proposer un futur cadre d'évaluation médico-économiques des projets** [54]. Ce rapport a été rendu public en 2013 et il met en évidence l'existence quasi exclusive de travaux étrangers sur l'évaluation médico-économique de la télémédecine, d'une qualité méthodologique souvent variable voir faible des études et de leur forte hétérogénéité selon les caractéristiques des projets, le domaine d'application ou bien encore la spécialité médicale concernée mais aussi d'une difficulté à la généralisation et de transposition des résultats obtenus.

Ce rapport ne permet ni de répondre à l'efficacité de la télémédecine ni de lui donner un cadre d'évaluation médico-économique alors que celle-ci est clairement perçue par les

acteurs (professionnels de santé, financeurs, autorités de santé, industriels) comme une condition nécessaire au déploiement de la télémédecine en France.

Pour permettre le développement de la télémédecine, le gouvernement a finalement décidé de financer son déploiement à partir de 2011.

En effet, une enveloppe de 26 millions d'euros a été accordée en 2011 aux ARS dans le cadre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). Une partie a été allouée aux 26 régions pour répondre aux 5 priorités nationales définies par la DGOS, l'autre aux 13 ARS, dont celle d'Ile-de-France, porteuses de projets innovants dans le cadre du développement de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC). D'autre part, 5,8 millions d'euros sur 3 ans ont été également mobilisés sous la forme de subventions directes de l'ASIP santé dans le cadre de son appel à projets 2011. Vient s'y ajouter la possibilité de recevoir des financements européens, d'autres financements nationaux et des financements régionaux, voire d'autres fonds provenant du FIR qui, depuis la circulaire du 14 mai 2013, doit aussi soutenir les projets du secteur ambulatoire.

Il faudra attendre l'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2014 (LFSS 2014) pour que le gouvernement relance le déploiement et le financement des expérimentations de télémédecine en ambulatoire au travers du programme d'expérimentations baptisé ETAPES. En effet, en 2014, il y avait 331 projets de télémédecine dont seulement 30% impliquaient le secteur ambulatoire [4]. L'article 36 de la LFSS 2014 apporte de nouvelles dispositions [55] : Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine peuvent être menées pour une durée de 4 ans, dans des régions pilotes qui sont au nombre de neuf suite à l'arrêté du 10 juin 2014 [56] ; ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des **patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structure médico-sociale (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Hospitalisation A Domicile (HAD)...**) Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations par les ARS sont définies dans un cahier des charges spécifiques. **Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le FIR.** Au terme de ces expérimentations, une évaluation médico-économique doit être réalisée par la HAS, en vue d'une généralisation. A la suite de cette LFSS 2014 trois cahiers des charges définissant les missions et engagements des organismes de tutelle et de financement, et en particulier la rémunération des professionnels pour ces expérimentations de télémédecine ont été publiés. Le premier en 2015 sur la prise en charge des plaies chroniques et/ ou complexes par télémédecine [57] puis deux en 2016, l'un pour la prise en charge par téléconsultation ou télé-expertise des patients en Affection de Longue Durée (ALD) ou en structures médico-sociales [58]. Le second pour la télésurveillance médicale des patients insuffisants cardiaques, rénaux ou pulmonaires qu'ils soient en structure médico-sociale ou à domicile [59]. Ces cahiers des charges précisent aussi les objectifs et périmètre des expérimentations ainsi que les missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge.

Malheureusement faute de démarrage effectif des expérimentations de télémédecine depuis 2014, la HAS n'a pas pu finaliser son évaluation médico-économique fin 2016 [60] ce qui n'a pas permis un développement ou une généralisation de la télémédecine en France.

C'est pour cette raison que le gouvernement a décidé en 2016 de prolonger d'un an les modalités ainsi que le financement des expérimentations de télémédecine au travers de la **LFSS de 2017 [3]**. Cette loi conserve la majorité des dispositions de la LFSS de 2014 mais **étend à l'ensemble du territoire national les dispositions des expérimentations de télémédecine**. Elle permet aussi aux établissements de santé d'y participer pour des patients non hospitalisés et elle supprime l'obligation de conventionnement tripartite entre agences régionales de santé, organismes locaux d'assurance maladie et professionnels de santé jusqu'ici nécessaire pour obtenir le financement des expérimentations.

Par ailleurs, en 2017, un nouveau cahier des charges encadrant ces expérimentations a été publié, il s'agit de celui organisant la prise en charge par télésurveillance médicale des patients diabétiques. Un futur cahier des charges concernant la télésurveillance médicale des patients arythmiques viendra compléter ceux déjà présents courant 2017.

Il faudra probablement attendre 2018 voire 2019 pour obtenir les conclusions définitives de l'évaluation de la HAS ce qui permettra probablement de pérenniser les modes de financement de la télémédecine.

Malgré ces dispositifs, les expériences en cours montrent des difficultés pour pérenniser les projets et pouvoir ainsi en faire « une activité de routine ». Les problèmes subsistent tant sur le plan du financement que sur celui de la rémunération des actes, freinant les praticiens dans leur volonté de s'investir faute de ne pouvoir être rémunérés.

Concernant la rémunération des médecins pour un acte de télémédecine, le CNOM dans son Livre Blanc de 2009 rappelle que l'acte médical – qu'il s'agisse de téléconsultation, de télé-expertise, de télésurveillance ou de télé-assistance médicale correspond à un temps médical et à une compétence dont la reconnaissance implique une rémunération. Ce problème concerne surtout les médecins libéraux, le niveau de rémunération des médecins hospitaliers salariés ne dépendant pas de la nature de l'acte [36].

L'une des premières étapes à cette rémunération a été la promulgation de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2010. Celle-ci a modifié deux articles du code de la santé publique qui interdisaient la rémunération d'actes effectués en dehors de la présence du patient et le partage des actes entre professionnels de santé [61].

Par ailleurs, le CNOM par la voie d'une proposition d'amendement au projet de la loi de financement de la sécurité sociale 2015 avait proposé que les actes déjà pris en charge par l'assurance maladie par leur inscription à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) le soient tout autant lorsqu'ils sont pratiqués par télémédecine [52]. Mais celui-ci a été rejeté.

Cependant à ce jour, **un seul acte de télémédecine est inscrit à la CCAM pour les médecins : La lecture différée d'une rétinographie en couleur sans la présence du patient sous le code BGQP140**. C'est-à-dire le dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie chez l'orthoptiste avec lecture secondaire en l'absence du patient par l'ophtalmologiste suite à une télétransmission. Il y est inscrit depuis février 2014 et est valorisé à la hauteur de 11.30€ [62].

Suite à la publication des cahiers des charges dans le cadre des expérimentations de télémédecine selon la LFSS 2014, des propositions de rémunération des professionnels de santé ont été suggérées. En ce qui concerne les téléconsultations, les propositions vont vers un paiement à l'acte pour le médecin requis, pour les télé-expertises plutôt vers un paiement

forfaitaire par année et par patient. Enfin pour la télésurveillance médicale vers un paiement forfaitaire par semestre. Cela laisse imaginer ce que pourrait être la rémunération des actes de télémédecine lors de sa généralisation sur le territoire national.

Le 1 mars 2017, Les trois syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale de 2016 ont conclu avec l'assurance maladie un avenant n°2 qui porte principalement sur la télémédecine en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et c'est une première en France. En effet, cet avenant crée deux nouveaux actes de télémédecine [63].

Le premier appelé **TTE pour Téléconsultation Médecin Traitant avec EHPAD** est valorisé à hauteur d'une consultation c'est à dire 25€. En cas d'aggravation soudaine, rapide et non prévue de l'état de santé d'un patient ne nécessitant pas pour autant l'intervention du centre 15, le médecin traitant pourra, avec l'accord du patient, réaliser dans des conditions sécurisées un interrogatoire, le recueil d'éléments cliniques avec l'aide du professionnel de santé aux côtés du patient ou l'analyse de mesures utiles pour apprécier la situation (température, pouls) et si besoin une prescription médicale, alors transmise au professionnel de santé de l'établissement. En cas d'absence du médecin traitant, la téléconsultation peut être réalisée par son remplaçant ou l'organisation territoriale de la permanence des soins vers laquelle le patient est orienté.

Le deuxième acte appelé **TDT (télé-expertise dossier traitant)** sera valorisé à hauteur de 15€ et facturable par le nouveau médecin traitant ainsi que par le précédent (une seule fois, dans les deux mois après le changement de médecin traitant). En effet l'entrée des patients en EHPAD occasionne un changement de médecin traitant dans près d'un cas sur deux. Cet acte de télé-expertise, réalisé de façon synchrone, sera de nature à assurer efficacement une continuité du suivi et la transmission d'éléments utiles à la prise en charge par le nouveau médecin traitant.

C'est avenant a été publié au Journal Officiel le 29 avril 2017 [64] et il faudra au moins attendre 6 mois après sa publication pour que ces nouvelles cotations soient applicables.

Enfin, c'est au congrès de la Fédération des Médecins de France (FMF) de juin 2017 que le directeur général de l'Assurance-maladie, Nicolas Revel, a annoncé qu'il voulait « franchir un cap » en matière de télémédecine et ouvrir une négociation conventionnelle sur ce sujet en 2018. En effet, la Sécurité sociale veut inscrire la télémédecine dans le circuit de remboursement dès 2018. Seules la téléconsultation et la télé-expertise médicale seraient intégrées à la convention médicale au départ, le sujet de la télésurveillance médicale sera abordé ultérieurement, car le suivi des patients à leur domicile ou en établissement spécialisé pourrait être tarifé par abonnement plutôt qu'à l'acte [65].

Il est manifeste que le cadre économique de la télémédecine se précise de plus en plus mais que le chemin est encore long avant que chaque médecin puisse exercer son métier à distance.

Point clés

2011 : Le gouvernement décide de financer le déploiement de la télémédecine en France grâce au Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). 26 millions d'euros sont alloués aux ARS.

2014 : La LFSS de 2014 relance le déploiement et le financement des expérimentations de télémédecine en ambulatoire dans neuf régions pilotes au travers du programme d'expérimentations baptisé ETAPES. Ces expérimentations sont financées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

2014 : Premier acte de télémédecine inscrit à la CCAM pour les médecins et donc remboursé par l'Assurance Maladie : La lecture différée d'une rétinographie en couleur sans la présence du patient

2017 : La LFSS de 2017 tente de nouveau de relancer les expérimentations de télémédecine et les étend à l'ensemble du territoire national avec le même financement tout en simplifiant leur mise en place

2017 : L'avenant N°2 à la convention médicale de 2016 crée 2 nouveaux actes de télémédecine en EHPAD pour la médecine générale

D. La télémédecine en Ile-de-France

1. Les acteurs régionaux

a) L'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France

Suite à la promulgation de la loi HPST en juillet 2009 [20], l'Ile-de-France, comme toutes les autres régions de France, a créé son **ARS** le 1 avril 2010.

Cet organisme a eu la charge d'élaborer un **Plan Régional de Santé (PRS)**, mis en place à partir de 2013 pour une durée de quatre ans. Les différentes orientations ont été décidées dès 2011 par le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), première étape dans l'élaboration du PRS. De ce PSRS est né le **Plan Régional de Télémédecine (PRT) d'Ile-de-France** en 2012.

Selon le décret n°2010-514 du 18 mai 2010 relatif au PRS [66], le **PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires** au service des axes retenus dans les schémas d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.

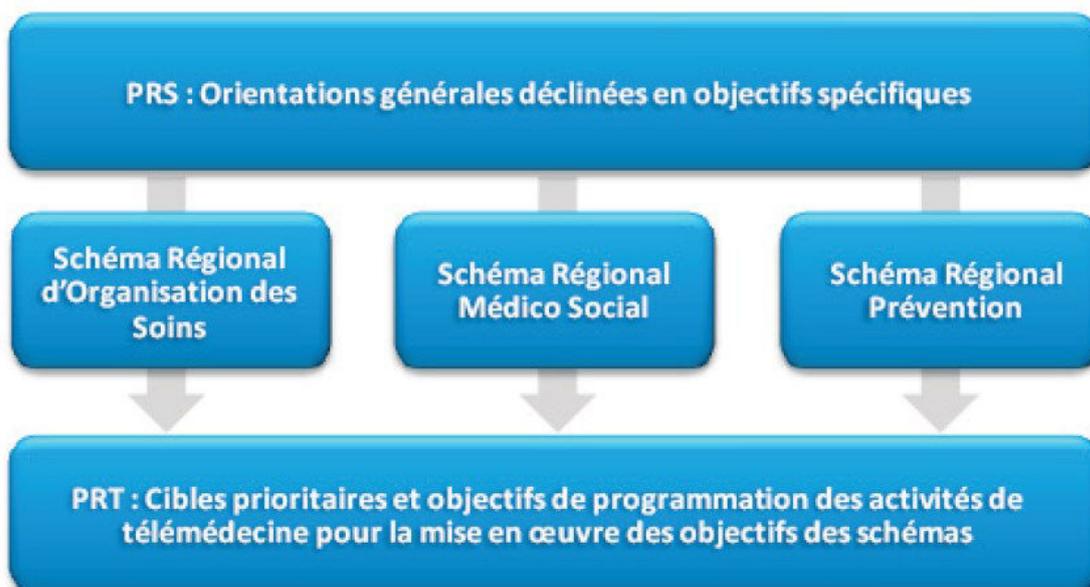


Figure 10. Du Plan Régional de Santé au Plan Régional de Télémedecine.

Le PRT doit donc tenir compte :

- des trois schémas du PRS définis par la loi HPST (organisation des soins, organisation médico-sociale et prévention) lesquels sont développés ensuite dans le cadre de chaque région ;
- des cinq priorités nationales établies par la DGOS ;
- de l'état des lieux de la région.

Le PRT doit définir selon article R.1434-7 du code de la santé publique [67] :

- les actions et les financements en matière de télémedecine permettant la mise en œuvre du PRS ;
- les résultats attendus de ces actions ;
- les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation ;
- le calendrier de mise en œuvre des actions prévues ;
- les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

Avant la mise en place du PRS, l'ARS d'Ile-de-France a effectué un état des lieux des activités de télémedecine en Ile-de-France. En décembre 2011, 36 réseaux de télémedecine ont été recensés dont 26 déclarés opérationnels, les autres étant au stade expérimental ou de projet. Ce sont principalement des activités ou des projets qui s'inscrivent dans les priorités nationales et sont inter-hospitaliers.

De ce constat, l'ARS d'Ile-de-France a rapidement saisi le bénéfice potentiel de la télémedecine et **l'importance de construire une stratégie régionale** de déploiement des usages au regard des besoins identifiés. Le PRT prévoit **les modalités de déclinaison en région des 5 priorités nationales de déploiement de la télémedecine** [68] :

- permanence des soins en imagerie ;

- prise en charge de l'AVC ;
- amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues ;
- prise en charge des maladies chroniques (télé-suivi de patients obèses, insuffisants cardiaques, insuffisants rénaux) ;
- soins en structures médico-sociales (EHPAD) ou en Hospitalisation à Domicile (HAD).

Dès 2012, dans son PRT, l'ARS d'Ile-de-France détermine 6 axes prioritaires :

- garantir la qualité, la sécurité et la pérennité des activités de télémédecine déployées dans la région ;
- mettre en œuvre la solution régionale ORTIF-TELENEURO ;
- mettre en œuvre la solution régionale TELEDERMATOLOGIE POUR LES DETENUS ;
- valoriser les usages déjà développés ;
- mettre en œuvre une stratégie régionale pour mutualiser les infrastructures techniques ;
- soutenir les nouvelles activités de télémédecine.

Suite à la mise en place de ce PRT, l'ARS d'Ile-de-France a lancé **3 appels à projet** concernant la télémédecine. Ils ont abouti à la mise en place de **23 expérimentations de télémédecine en Ile-de-France**.

En plus de définir les sujets prioritaires, l'ARS a aussi pour **mission la mise en œuvre concrète du PRT** : par l'intermédiaire de contrats avec les différents acteurs, elle vérifie la conformité de l'activité avec le décret d'application de la télémédecine, définit les modalités d'inscription au PRT, détermine les conditions de développement et elle accompagne, suit et évalue les projets. Elle peut aussi allouer des subventions si cela est nécessaire.

L'ARS d'Ile-de-France grâce à son PRT et ses investissements a permis la création et la mise en place du **programme Outil Régional de Télémédecine d'Ile-de-France (ORTIF)**.

C'est une plateforme régionale de télémédecine permettant d'échanger de manière sécurisée de l'imagerie, des données médicales et de réaliser des visio-consultations. Elle est dédiée aux activités de télé-expertise, de téléconsultation et depuis décembre 2016, de télésurveillance médicale.

Le programme ORTIF repose sur 3 services :

- le télé-dossier permet d'échanger des données structurées entre professionnels de santé ;
- le transfert d'images permet de mettre à disposition des images aux professionnels de santé d'un autre établissement ;
- la visioconférence permet de réaliser des consultations à distance en temps réel et de réaliser des actes médicaux par téléassistance.

Une centaine d'établissements d'Ile-de-France ont rejoint **le réseau ORTIF** et 9 établissements situés hors de la région communiquent déjà avec le réseau, **ce qui en fait le plus grand réseau de télémédecine Français en 2016** [69].

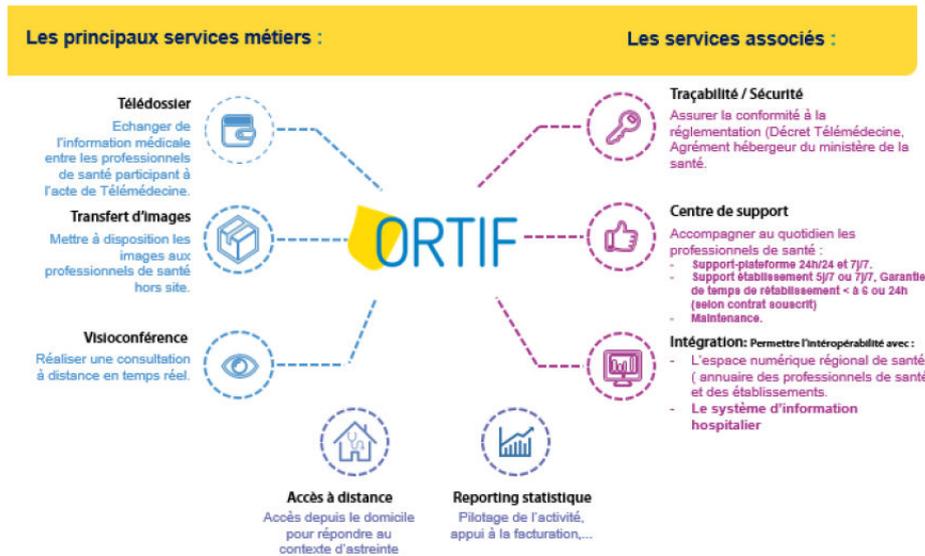


Figure 11. Les principaux services de l'Outil Régional de Télémédecine d'Ile-de-France (ORTIF).

En 2017, ORTIF a permis de déployer la télémédecine dans **13 spécialités différentes** et permet la prise en charge de plus de **1000 patients par mois via la télémédecine**.

L'ARS d'Ile-de-France ne participe pas uniquement au déploiement régional de projets de télémédecine en Ile-de-France, elle est aussi impliquée dans le développement de l'e-santé en direction des professionnels de santé mais aussi de l'ensemble des Franciliens. En effet, elle a été retenue suite à l'appel à projet « Territoire de soins numérique » lancé en 2013. Son projet TerriS@nté (« Le numérique au service de la santé en métropole du Grand-Paris ») couvre un territoire de 350.000 habitants (nord-ouest du Val-de-Marne). Son objectif est de faciliter le travail des professionnels afin d'améliorer l'accès aux soins des usagers. Sa vocation est de pouvoir interconnecter demain l'ensemble des solutions d'e-santé ayant pour objet d'améliorer les pratiques de professionnels et le parcours des patients.

b) Le Groupement de Coopération Sanitaire Service Numérique de Santé (GCS SESAN)

Le GCS SESAN [70], anciennement Groupement de Coopération Sanitaire pour le Développement des Systèmes d'Information partagés en Santé en Ile-de-France ou GCS DSISIF est un organisme qui travaille en collaboration avec l'ARS d'Ile-de-France pour le développement des Systèmes d'information de santé. Ses membres sont les établissements de santé et les établissements du secteur médico-social public ou privé, ainsi que l'ensemble des professionnels de santé en Ile-de-France.

Cet organisme a été créé en juillet 2008 pour permettre la collaboration commune entre acteurs de santé publics et privés grâce à l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF). Ses missions ont été élargies par la mise en place de la loi HPST et la création des ARS en 2010.

L'ouverture de l'hôpital vers la ville et l'augmentation des outils informatiques communicants sont les éléments conjoncturels qui ont conduit les différentes institutions régionales à

promouvoir le développement rationnel et performant des systèmes d'information de santé. La mission du GCS SESAN est d'offrir des solutions et des services qui améliorent la santé des Franciliens en améliorant le parcours et la prise en charge des patients, facilitant les pratiques des professionnels et en participant à l'évolution de l'offre industrielle.

La somme des expertises déployées par le GCS SESAN permet aux acteurs de santé de profiter de toutes les opportunités offertes par l'innovation numérique et d'être plus performants dans la qualité des soins proposés. Ainsi les équipes du GCS SESAN construisent des solutions innovantes dans le respect des normes et des standards en adéquation avec les besoins des professionnels de santé.

La mission du GCS SESAN s'organise autour de 3 axes :

- **la maîtrise d'ouvrage du Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI)** qui lui a été déléguée par l'ARS d'Ile-de-France ;
Le GCS SESAN est le partenaire de l'ARS en ce qui concerne la mise en œuvre des politiques de Système d'Information (SI) partagés. Il assure un double rôle c'est-à-dire qu'il participe à la conception des outils mais aussi et surtout à leur mise en œuvre opérationnelle. Il est le garant de la cohérence régionale de l'offre de systèmes d'information de santé.
- **la conduite de projet**
Le GCS SESAN pilote la conduite de projets pour développer des coopérations nécessaires à la mise en œuvre des SI partagés afin d'animer la collaboration sur des sujets complexes, d'assurer un accompagnement des utilisateurs, le portage financier et la maîtrise d'ouvrage des projets. Le GCS SESAN fournit à ses adhérents une solution de systèmes d'information partagés clé en main.
- **Le développement et l'exploitation de l'espace Numérique Régional de Santé (ENRS)**
L'ENRS se définit comme un ensemble cohérent de services dématérialisés et d'applications, porté institutionnellement par l'ARS et piloté par une maîtrise d'ouvrage régionale, le GCS SESAN. L'ENRS est l'espace dans lequel se déploient le DMP, les expérimentations de services spécialisés (Dossier Communicant en Cancérologie,) complétant le Dossier Médical Personnel, les messageries sécurisées, et les services métiers répondant aux besoins exprimés par les professionnels au plan régional.

C'est à l'aide de ces 3 axes mais aussi grâce à son expertise que le GCS SESAN a permis l'émergence de la plateforme ORTIF en Ile-de-France. Il est en charge du cadrage du projet, du déploiement et de l'accompagnement et a conçu un processus d'industrialisation ce qui permettra son développement dans les années futures.

C'est aussi le GCS SESAN qui réalise la maîtrise d'ouvrage pour déployer sur une plateforme technique socle les services de Terris@nté piloté par l'ARS Ile-de-France.

Le GCS SESAN est donc un acteur majeur de la mise en place de la télémédecine en Ile-de-France au travers de la maîtrise d'ouvrage et de la conduite de projet.

2. *Quelques exemples de projets de télémédecine en Ile-de-France*

a) *Le projet TéléGéria® Ile-de-France*

TéléGéria® [71] est un projet de télémédecine né en 2004, qui a permis au départ de donner des avis spécialisés à distance pour des patients en EHPAD ou hospitalisés à l'hôpital gériatrique Vaugirard Gabriel-Pallez. Les patients ont bénéficié de téléconsultations réalisées par l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP, AP-HP). Actuellement ce projet de télémédecine est hébergé par la plateforme ORTIF et est déployé dans une quinzaine d'établissements en Ile-de-France (2 centres-hospitaliers et 13 EHPAD). Au final, 27 EHPAD et 3 hôpitaux pivots seront concernés par le projet. Il permet la réalisation de téléconsultations, de télé-expertises, ainsi que de téléassurances en gériatrie entre des hôpitaux et des EHPAD.

Des rendez-vous de téléconsultations/télé-expertises peuvent être réalisés avec de nombreux spécialistes médicaux. Ils peuvent impliquer le gériatre référent du patient mais aussi son médecin traitant lorsque le patient se trouve dans un EHPAD, voire dans certains cas l'infirmière de l'EHPAD qui devient une assistante de télémédecine. Prochainement ce projet sera interconnecté avec la garde médicale de Paris pour la permanence des soins.

b) *Le projet ORTIF-Téléneuro*

ORTIF-Téléneuro [72], est un projet de télémédecine, priorisé dans le PRT d'Ile-de-France, permettant la réalisation de téléconsultations, de télé-expertises et de téléassurances médicales pour la prise en charge des urgences neurologiques tel que l'AVC, l'expertise neurochirurgicale, neurologique ou neuroradiologique, dans les établissements disposant d'un service d'accueil des urgences et n'ayant pas sur leur site ces spécialités.

Fin 2017, 87 établissements seront équipés de moyens leur permettant de requérir, en cas de besoin, l'une des 20 Unités Neuro-Vasculaire (UNV) ainsi que les services de neurologie, neurochirurgie, neuroradiologie diagnostique et interventionnelle régionaux. Actuellement à peu près 900 actes de télémédecine sont réalisés mensuellement au sein de ORTIF-Téléneuro.

c) *Le suivi des grossesses pathologiques en HAD par télémédecine*

C'est un projet de télémédecine de type **télesurveillance médicale**. **Les grossesses pathologiques suivies dans le cadre de la télesurveillance de l'HAD Ile-de-France sont celles nécessitant un suivi régulier du rythme cardiaque du fœtus [73]**. Ce sont notamment : les cas de diabète gestationnel, les menaces d'accouchement prématuré, les retards de croissance intra-utérins, les femmes atteintes d'une maladie auto-immune, les pathologies du fœtus, les grossesses multiples, les antécédents graves (mort fœtale in-utero, réanimation maternelle, ...).

Le service HAD-obstétrique est un service de l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il travaille en particulier pour les 5 maternités de l'AP-HP et s'organise en lien avec un réseau de sages-femmes libérales et le réseau périnatal. E s'occupe du suivi antepartum et il utilise la télémédecine pour enregistrer le rythme cardiaque fœtal et les contractions utérines des femmes à risque.

Si la parturiente a les indications médicales pour le suivi en télémédecine, la sage-femme dépose le dispositif chez la parturiente et lui en explique l'utilisation. La parturiente doit réaliser le monitoring le matin et l'envoyer via le dispositif. Le télé-monitoring fœtal dure

environ une demi-heure et un modem interne assure la transmission des données vers le serveur central de l'HAD. La sage-femme de l'HAD réceptionne les résultats et réalise l'analyse. Elle appelle la parturiente, soit pour lui mentionner que tout va bien, soit pour identifier un éventuel problème et l'orienter (par téléphone, ou déplacement d'une sage-femme). L'HAD-obstétrique d'Ile-de-France dispose d'environ 50 cardiocardiographes connectés au réseau mobile et ce dispositif de télémédecine permet de réduire les visites de la sage-femme au domicile, initialement quotidiennes à 2 visites hebdomadaires.

E. L'association SOS Médecins Grand Paris

1. Histoire

L'association SOS Médecins Grand Paris est une association créée il y a 51 ans par le Dr Marcel Lascar, médecin généraliste à Paris [74].

Le 20 juin 1966, le Dr Lascar créait cette association à la suite d'un évènement tragique. Un de ses patients était décédé d'une crise cardiaque faute d'avoir pu joindre un médecin pour une douleur dans la poitrine un samedi après-midi, le Dr Lascar étant absent. Paradoxalement relata le Docteur Lascar : « le week-end précédent, confronté à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS Dépannage ». Jugeant que la santé de l'homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, une idée germa alors dans la tête du praticien : **rendre visite aux plombiers qui l'avaient dépanné pour leur proposer de monter de toutes pièces un service de médecins à domicile sur leur modèle d'organisation en tant que filiale.** Le défi fut relevé un mois plus tard, les plombiers fournissant trois voitures équipées de radio. **Dès le 20 juin 1966 à 20h « six médecins de la nuit » et le Dr Lascar étaient alors à pied d'œuvre.**

C'est ainsi qu'il créa SOS Médecins à une époque où le SAMU n'existait pas. Le concept devint révolutionnaire.

L'association commença sous le nom de « Groupement médical pour les visites à domicile », puis changea en « SOS Docteur nuit » avant de rapidement prendre le nom définitif de « SOS Médecins ». L'association fut d'abord cantonnée à couvrir la plage horaire nocturne (20 heures - 8 heures) puis l'accueil a rapidement évolué pour être disponible jour et nuit. Elle se transforma en « SOS Médecins Grand Paris » à la suite de la création du projet d'aménagement du Grand Paris.

Dès juin 1966 plusieurs journaux (comme France Soir ou Le Monde) informent le grand public parisien de l'existence de ce nouveau service médical. Le début fut difficile dû, d'une part, à la levée de boucliers des médecins qui se sentaient déloyalement concurrencés, mais aussi à la colère du conseil départemental de l'Ordre des Médecins qui traduira ces médecins en conseil de discipline.

L'arrivée du SAMU dès 1970 et du numéro d'appel d'urgence 15 en 1980 a permis, en collaboration avec les services du secteur libéral, une couverture efficace de la permanence des soins.

Malgré cette opposition au départ, l'esprit SOS Médecins essaime en province, son nom est alors même protégé par un brevet. **En 1982, le Dr Delmas Jean Baptiste crée la Fédération SOS Médecins France qui regroupe actuellement en 2017 63 associations de médecins et environ 1200 médecins.**

Après avoir été un concept révolutionnaire, **l'association SOS Médecins accède au rang d'institution.**

Les associations SOS Médecins fonctionnent sur le mode associatif modèle loi 1901, à but non lucratif.

Les médecins appartenant à ces associations sont des médecins libéraux organisés sur le même modèle qu'un cabinet de groupe classique régi par un contrat d'exercice en commun. Ils sont conventionnés secteur 1 appartenant donc au secteur à honoraires opposables.

La logistique professionnelle indispensable à leur type d'exercice leur est fournie par une société civile de moyens.

Pour appartenir à la fédération SOS Médecins France et être autorisé à porter le nom « SOS Médecins », l'association doit d'une part être agréée par la fédération et respecter son cahier des charges, d'autre part signer une convention d'usage gratuit de marque avec la S.A. SOS Médecins Paris, propriétaire du nom.

Chaque association doit adhérer à la charte de SOS Médecins. C'est une véritable constitution pour ces structures, dont le cahier des charges en sept points est le suivant :

- le standard doit être ouvert 24h sur 24, 365 jours par an ;
- les médecins doivent être expérimentés, rodés à l'urgence ;
- les médecins doivent être dotés des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus nécessaires à leur exercice (électrocardiogramme, etc...) ;
- la disponibilité du médecin doit être totale pendant sa garde ;
- l'intervention du médecin doit être rapide, effectuée dans un véhicule blanc, radioguidé ou équipé d'un moyen de transmission téléphonique ou informatique adapté, débanalisé conformément aux dispositions réglementaires ;
- un bilan d'intervention doit être pratiqué et une information transmise au médecin traitant ;
- les associations doivent avoir une autonomie financière totale.

Au fil des années, l'association SOS Médecins Grand Paris n'a cessé de se développer : création de partenariat avec SOS dentaire Paris, structure qui prend en charge les urgences dentaires en dehors de l'ouverture normale des cabinets de soins ; mise en place de consultations de conseils aux voyageurs et de vaccinations dans le cadre d'un centre de vaccination international agréé (SOS Vaccinations) mais aussi d'échographies et de dopplers vasculaires sous le nom SOS Phlébologie Paris 13. Récemment, ont été créés deux points fixes de consultations fonctionnant les week-ends et les jours fériés dont l'un est situé dans le 19ème arrondissement de Paris qui est une zone déficitaire en offre de soins. Le point fixe du 19ème a aussi une activité pendant la semaine du fait de la demande. Enfin en 2017 un partenariat a été mis en place sous la forme de réseaux de soins avec une clinique spécialisée en cardiologie et des cliniques spécialisées en pédiatrie et en chirurgie viscérale et orthopédique ce qui permet à l'association une prise en charge plus efficace des patients.

L'association n'a pas non plus arrêté de se moderniser. Elle a conservé les radios fixes et portables introduites en 1966 qui permettent de maintenir une grande convivialité entre les médecins. Mais aujourd'hui le médecin de l'association SOS Médecins Grand Paris est un médecin hyperconnecté : smartphone géolocalisé, logiciel métier de gestion des appels et cartographie permettent de localiser les demandes et les médecins en temps réel. Dans sa trousse d'urgence, les traditionnels stéthoscopes, thermomètres et tensiomètres cohabitent

désormais avec une panoplie d'autres accessoires : bandelettes urinaires, lecteur de glycémie, électrocardiogramme, saturomètre voire même un détecteur de monoxyde de carbone. **Enfin, de nombreux médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris se forment actuellement à l'échoscopie** qui permet de préciser ou de lever l'incertitude sur certains diagnostics pendant la visite à domicile.

2. Activités

L'association SOS Médecins Grand Paris est constituée en 2017 de 180 médecins, 153 sont des médecins actionnaires, le reste étant soit des médecins remplaçants thésés ou non, soit des médecins temporaires. L'association fonctionne comme un cabinet de groupe ou chaque médecin reverse une partie de ses honoraires pour faire vivre et fonctionner la structure.

Les zones d'intervention de l'association vont de Paris intramuros à la plupart des communes du Grand Paris c'est-à-dire des départements des Hauts-de-Seine (92), du Val-de-Marne (94) et de Seine-Saint-Denis (93).

L'association traite environ 800.000 appels par an et réalise un peu moins de 400.000 actes médicaux par an. Ces chiffres sont en constante augmentation depuis la création de l'association en 1966. 60 % des actes médicaux sont réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés et l'association fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 par an [75].

Cette association prend part à la continuité des soins pendant la période de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi matin, horaires où les cabinets médicaux sont ouverts. Elle permet donc de compléter l'activité des médecins généraliste des cabinets de ville.

Elle participe aussi et surtout à la permanence des soins ambulatoires, désormais mission de service public, qui est dictée par le seul souci d'aider les pouvoirs publics et de secondar les Centres 15 dans leur mission. C'est dans cet esprit que, conformément au décret du 7 avril 2005 [76], cette association a signé une convention avec le SAMU, de façon à formaliser l'interconnexion entre le centre d'appel SOS Médecins et le SAMU-Centre 15 et à organiser la collaboration entre les deux structures.

Cette permanence de soins ambulatoires s'établit de différentes manières :

- par des **visites médicales** à domicile à partir de 20h jusqu'au lendemain matin 8h en semaine et pendant les week-ends et les jours fériés ;
- par des **consultations médicales** réalisées dans deux point fixes, l'un situé dans le 13ème arrondissement de Paris et le second dans le 19ème principalement les week-ends et les jours fériés ;
- par de la **régulation médicale** pendant les horaires de la permanence des soins ambulatoires.

Une activité essentielle de l'association est le conseil médical qui fait partie intégrante de la régulation médicale chez SOS Médecins Grand Paris. Celui-ci est donné en réponse à une demande exprimée du patient ou comme alternative à une visite à domicile sans que celui-ci soit induit par une carence de médecin effecteur au sein de la structure. Le conseil médical donné par le médecin de SOS Médecins permet dans ces conditions à certains

actes médicaux d'être différés et effectués par le médecin traitant en dehors des horaires de permanence de soins ou de ne pas donner suite à des demandes inappropriées.

Enfin à chaque fin de consultation les médecins de SOS Médecins Grand Paris transmettent sur le serveur de leur association le motif de la consultation qu'ils ont réalisée. Cela est suivi d'une transmission quotidienne à l'agence sanitaire Santé Publique France anciennement Institut National de Veille Sanitaire (InVS), avec qui SOS Médecins a signé une convention nationale en 2005. Cet état quotidien contribue, par exemple au système de surveillance sanitaire SurSaUD[®], qui **permet de surveiller les épidémies et permet la mise en place d'indicateurs d'alerte. Cela participe donc à la veille sanitaire en France et à une amélioration de la santé publique.**

Malgré le développement de ses activités de soins lors d'épidémies, par exemple celle de la grippe de l'hiver 2016, mais aussi lors des vacances scolaires, l'association SOS Médecins Grand Paris ne peut répondre rapidement de façon satisfaisante à la demande de soins non programmés à domicile ou en point fixe. Elle est donc à la **recherche permanente de solutions innovantes pour permettre une amélioration constante de son offre de soins au profit des patients.**

III. Matériel et méthode

A. Objectif et type d'étude

En Ile-de-France un certain nombre de projets de télémédecine sont en cours mais encore trop peu ont dépassé le stade expérimental pour être dits des actes de routine. De plus ce sont principalement des expérimentations en milieu hospitalier. Cette situation fait que les médecins généralistes libéraux sont, à l'heure actuelle, peu impliqués dans la télémédecine malgré le fait que depuis la promulgation du décret télémédecine de 2010, le gouvernement ainsi que les ARS n'aient cessé de relancer et de valoriser la pratique de la télémédecine. Il existe un certain nombre de travaux universitaires qui évaluent l'opinion des médecins généralistes vis-à-vis de la télémédecine ou d'un de ses aspects. Cependant ces travaux sont peu nombreux en Ile-de-France et n'impliquent pas des structures de soins non programmées de type SOS Médecins.

C'est pourquoi il nous a semblé important de réaliser un travail cherchant à analyser **l'opinion des médecins généralistes de la structure SOS Médecins Grand Paris vis-à-vis de la télémédecine.** C'était l'objectif principal de notre étude.

L'objectif secondaire était d'évaluer les facteurs qui influencent les médecins à adhérer à un projet de télémédecine.

Le but étant de clarifier les attentes en 2017 des médecins généralistes libéraux de l'association SOS Médecins Grand Paris vis-à-vis de la télémédecine pour la mise en place future de projets en son sein.

Afin d'atteindre au mieux les objectifs fixés, nous avons décidé de réaliser **une étude observationnelle transversale descriptive quantitative avec une composante qualitative sous la forme d'un auto-questionnaire mis en ligne.**

B. Population étudiée

L'étude a été réalisée auprès des médecins généralistes libéraux exerçant au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris.

Chaque association SOS Médecins regroupée au sein de la fédération SOS Médecins France a une organisation et des spécificités qui lui sont propres (nombre de médecins, territoire d'activité, régulation médicale sur site, consultations en point fixe...). C'est pour cette raison que nous avons décidé de limiter notre étude à une seule association SOS Médecins puisque chaque association SOS Médecins étant « différente » elle peut envisager la télémédecine de façon diamétralement opposée ce qui aurait compliqué l'analyse de cette étude.

Il nous a donc semblé intéressant de choisir l'association SOS Médecins Grand Paris car **elle compte le plus grand nombre de médecins en activité en son sein et de plus la mise en place d'une activité de télémédecine y est envisagée.**

Au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris, trois statuts de médecin coexistent, les médecins actionnaires qui sont au nombre de 153, les médecins temporaires, installés au sein de la structure, au nombre de 15 et enfin les médecins remplaçants thésés ou non au nombre de 12, ce qui correspond à 180 médecins généralistes libéraux.

Le critère d'inclusion était tous les médecins généralistes exerçant une activité libérale au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris. Il n'existait pas de critère de non inclusion, car même les médecins retraités, mais en poursuite d'activité au sein de la structure, n'ont pas été exclus de notre étude. Cependant suite au pré-test et aux modifications consécutives du questionnaire, nous avons été dans l'obligation d'exclure les deux médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris ayant participé à ce pré-test.

Au total, la population étudiée comptait 178 médecins généralistes libéraux.

C. Questionnaire et formulaire SurveyMonkey®

L'étude a été réalisée grâce à un **auto-questionnaire en ligne**, élaboré en collaboration avec mon directeur de thèse le Docteur Philippe Nin après avoir réalisé une revue de la littérature existante. Il comprenait **35 questions organisées en 3 parties**, chaque partie étant séparée de l'autre par une définition. (*Annexe 1*)

Il est à noter qu'aucune information nominative n'était demandée, rendant cet auto-questionnaire **anonyme**.

La première partie concernait les **données socio-démographiques** et les **caractéristiques de l'exercice professionnel au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris** : sexe, âge, statut, nombre d'années d'exercice, activité unique ou multiple au sein de la structure, présence d'une activité professionnelle extérieure à la structure et de quel type, activité hebdomadaire, caractéristique de leur zone d'exercice, leur aptitude pour les nouvelles technologies.

La **définition de la télémédecine** selon la loi HPST du 21 juillet 2009 [20] venait clôturer cette partie et introduire le terme de télémédecine à l'ensemble de la population étudiée.

La deuxième partie portait sur la télémédecine dans son aspect général.

Elle était constituée de questions permettant d'évaluer les connaissances des médecins sur la télémédecine : quels actes connaissent-ils, ont-ils la notion de l'existence de projets de télémédecine ou de prestations médicales assimilées à de la télémédecine, sont-ils au fait de l'intégration de la télémédecine au sein de la nouvelle convention médicale de 2016 par l'intermédiaire d'un avenant.

D'autres questions permettaient d'examiner leur point de vue sur la télémédecine concernant leur information, la législation l'encadrant, l'importance qu'elle peut être amenée à avoir au sein de leur activité et si une formation était nécessaire pour son exercice.

Puis deux questions permettaient d'appréhender ce qu'étaient les trois principaux avantages et inconvénients de la télémédecine selon eux.

Avant la dernière partie, **la définition des actes de télémédecine** selon le décret télémédecine du 19 octobre 2010 [21] explicitait les différents actes de télémédecine à la population des médecins interrogés.

Enfin, la dernière partie s'intéressait aux attentes des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris vis à vis la télémédecine au sein de leur structure de soins non programmés.

Certaines questions interrogeaient les médecins sur leur préférence quant à l'acte de télémédecine à privilégier au sein de la structure ainsi que sur la manière dont il pourrait être intégré à leur activité médicale.

D'autres questions s'intéressaient aux bénéfices que pourrait apporter la télémédecine que ce soit pour le médecin, pour la prise en charge du patient ou pour le développement, l'efficacité ainsi que l'image de l'association SOS Médecins Grand Paris.

Certaines questions évaluaient l'aptitude des médecins et de la structure à intégrer un nouvel acte de télémédecine.

Une autre question s'intéressait à l'importance de la rémunération de ce nouvel acte de télémédecine.

Enfin, certaines questions appréciaient si les médecins et les patients étaient disposés à participer à un nouvel acte de télémédecine.

Les questions étaient majoritairement fermées ou à choix multiples, mais des commentaires libres étaient possibles pour 2 questions de la troisième partie. Il s'agissait des questions 25 et 29 dont le but était d'évaluer en quoi la télémédecine était bénéfique dans la pratique quotidienne des médecins et en quoi elle améliorerait la prise en charge des patients de l'association SOS Médecins Grand Paris.

Ce questionnaire a été transcrit et mis en ligne sous la forme d'un formulaire SurveyMonkey® dans un but de simplifier l'expérience des médecins interrogés et de favoriser les réponses à notre étude.

Il était constitué de cinq pages dont deux pages de définitions et le passage à la page suivante ne pouvait se faire qu'après avoir répondu à l'ensemble des questions de la page précédente. Il était accessible au travers d'un lien internet et pouvait être rempli à l'aide d'un ordinateur, d'un smartphone ou d'une tablette.

Ce formulaire a été testé par 2 médecins faisant partie de la population source ainsi que par 2 autres médecins extérieurs à l'étude. Le but de ce pré-test était d'en évaluer la compréhension, la pertinence ainsi que d'estimer le temps nécessaire pour le remplir. Suite au retour de ces 4 médecins, nous avons supprimé cinq questions, reformulé ou modifié d'autres questions (suppression de deux commentaires libres). Les médecins ayant répondu à notre pré-test ont mis environ 20 minutes à le compléter intégralement. Suite à nos diverses modifications, nous **avons estimé ce temps à 15 minutes** ce qui nous a paru satisfaisant.

D. Déroulement de l'enquête

Nous avons ouvert le formulaire SurveyMonkey® en date du 19 juillet 2017.

Nous avons adressé à chaque médecin de l'association SOS Médecins Grand Paris un courriel expliquant notre projet de thèse ainsi que les modalités de l'étude et en fin de courriel se trouvait le lien hypertexte permettant d'accéder au formulaire (*Annexe 3*).

Afin de contacter l'ensemble des médecins de l'association sur le courriel professionnel, nous avons utilisé la liste de diffusion professionnelle des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris. Ce courriel a été envoyé depuis l'adresse de courriel professionnel de mon directeur de thèse, le Docteur Philippe Nin.

Par ailleurs, nous avons contacté personnellement en avance par courriel les deux médecins ayant participé au pré-test pour les prévenir de ne pas tenir compte de ce courriel de recrutement. Le thésard a reçu par courriel une confirmation de ces deux médecins comme quoi ils ne participeraient pas à notre étude.

Un délai de quatre semaines a été accordé aux médecins pour y répondre.

Cette demande de participation à l'étude ayant été envoyée par courriel, il nous a semblé judicieux de relancer l'ensemble des médecins de l'association une fois par semaine pendant les quinze premiers jours sachant que le courriel est un moyen de communication très utilisé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris (*Annexe 3*).

Mi-août 2017, devant un taux de réponse inférieur à nos attentes, nous avons décidé de **prolonger l'étude de quinze jours** et nous avons relancé l'ensemble des médecins par courriel à plusieurs reprises (*Annexes 3*).

Le formulaire SurveyMonkey® ainsi que l'enquête ont été clôturés le 1 septembre 2017 à minuit.

E. Recueil des données

L'ensemble des réponses aux formulaires a été recueilli au travers du site SurveyMonkey® qui permet une collecte et une analyse en temps réel des données.

Par la suite, **l'ensemble des données recueillies a été exporté sous la forme d'un tableau Excel® 2016**, téléchargé depuis la site SurveyMonkey®.

Chaque ligne correspondait à un formulaire rempli ou ouvert et chaque colonne à une question.

L'absence de réponse était laissée vide sur le fichier Excel®.

F. Analyse des données

1. Analyse quantitative

a) Analyse univariée

Une analyse univariée a tout d'abord été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel® 2016.

Pour chaque question, un tableau de répartition des effectifs a été réalisé nous permettant de calculer des pourcentages de réponses ainsi que des pourcentages d'observation, si cela était nécessaire, pour chaque variable qualitative.

Les pourcentages d'observation ont été calculés lors des questions à choix multiples et correspondent au nombre de réponses par item de la variable rapporté à la taille de notre échantillon soit N=92.

En ce qui concerne les variables quantitatives des questions 2 et 7 (âge des médecins, activité hebdomadaire), nous avons calculé la moyenne ainsi que l'écart-type des réponses. De plus, afin d'améliorer la compréhension des résultats et de permettre l'analyse bivariée, nous avons regroupé ces variables quantitatives par tranches d'âge ou d'activité hebdomadaire.

Pour ce qui de l'âge des médecins, nous avons à la fois calculé l'âge moyen et l'écart type de notre échantillon mais aussi l'âge moyen des médecins actifs réguliers de notre échantillon. Les médecins actifs réguliers sont l'ensemble des médecins en activité de notre échantillon auxquels on soustrait les médecins remplaçants. Nous avons besoin de ces données car elles sont très utilisées dans la littérature scientifique [77]. Par la suite, nous avons constitué des tableaux croisés dynamiques nous permettant de réaliser une pyramide des âges des médecins actifs réguliers et des remplaçants.

b) Analyse bivariée

Dans un deuxième temps, **des analyses bivariées** ont été réalisées grâce au **logiciel XLSTAT® après avoir formé des tableaux croisés dynamiques grâce au logiciel Excel® 2016**, le but étant de déterminer si certaines des réponses des médecins étaient influencées par d'autres variables.

Dans un premier temps, nous avons essayé d'établir s'il existait un lien entre les caractéristiques de la population source (question 1 à question 9) et certaines des opinions suivantes des médecins sur la télémédecine :

- information des médecins en ce qui concerne la télémédecine (question 10) ;
- nécessité pour la télémédecine de faire partie intégrante de l'activité d'un médecin (question 21) ;
- besoin d'une formation spécifique pour pratiquer la télémédecine (question 22).

Dans un deuxième temps, nous avons essayé de déterminer s'il existait un lien entre la question 23 (« Quel nouvel acte de télémédecine vous paraît le plus à même d'être exercé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ») et entre les questions se rapportant aux

caractéristiques de notre population source (question 1 à question 9) et certaines des opinions suivantes des médecins sur la télémédecine :

- information des médecins en ce qui concerne la télémédecine (question 10) ;
- nécessité pour la télémédecine de faire partie intégrante de l'activité d'un médecin (question 21) ;
- besoin d'une formation spécifique pour pratiquer la télémédecine (question 22).

Enfin, nous avons essayé d'établir s'il existait une relation entre la question 35 (« Si un projet de télémédecine voyait le jour au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris, souhaiteriez-vous y participer ») et les caractéristiques de notre population source ainsi qu'avec l'ensemble des questions de la troisième partie de notre questionnaire (de la question 24 à 34) mais aussi avec les questions 10, 16, 19, 20, 21, 22.

En effet, la question 35 nous a paru être la plus représentative de l'adhésion des médecins à la télémédecine au sein de leur structure.

Le test majoritairement utilisé pour la comparaison des variables était **un test exact de Fisher-Freeman-Halton à l'aide du logiciel XLSTAT®**.

En effet, dans notre situation, compte tenu que très souvent nos effectifs dans les tableaux de contingence étaient inférieurs à 5 médecins, nous ne pouvions utiliser **un test d'indépendance du Khi-carré de Pearson**.

Ce test a tout de même été utilisé si nos effectifs étaient supérieurs à 5 médecins grâce au logiciel XLSTAT® (questions 21 et 35).

Pour l'ensemble des comparaisons, le seuil de signification était égal à 5% ($p=5\%$).

Les figures de la partie résultats ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel® 2016.

2. *Analyse qualitative*

Compte tenu de la faible part de la composante qualitative dans notre étude, nous n'avons effectué aucune analyse lexicale et thématique avec codage par mots clés ni d'analyse linguistique. **Les verbatims ont été analysés un par un.**

Il est à noter que les commentaires libres sont restitués tels quels, sans modification d'orthographe ou de syntaxe. Il a été choisi de ne pas corriger les fautes de frappe ou d'orthographe qui foisonnent dans les verbatims afin de ne pas altérer le contenu du propos par un risque d'erreur d'interprétation.

IV. Résultats

Dans cette partie, nous présentons les résultats des analyses univariées de toutes les questions et aussi ceux des analyses bivariées dont certaines questions ont fait l'objet et qui ont été majoritairement réalisées avec un test exact de Fisher-Freeman-Halton. Si l'effectif des médecins était supérieur à 5 dans les tableaux de contingence, nous avons alors réalisé un test d'indépendance du Khi-carré de Pearson.

Nous rappelons l'hypothèse de départ et le seuil de significativité de ce test :

p = probabilité que la différence observée soit due au hasard.

Pour chaque analyse effectuée, l'hypothèse nulle H_0 était l'indépendance des variables étudiées et l'hypothèse alternative H_a était l'existence d'un lien entre les 2 variables étudiées.

Pour l'ensemble des comparaisons, le « p » était significatif si $< 0,05$.

Les résultats univariés sont également disponibles en annexe 2. Certains tableaux des analyses bivariées se trouvent en annexe 5. Le CD ROM fourni en annexe 6 contient l'ensemble des résultats.

Les questions 25 et 29 permettaient des commentaires. Nous les avons traitées en analysant les Verbatims qui se trouvent en annexe 4.

Suite aux diverses relances par courriel, 101 médecins avaient ouvert le lien internet et commencé à répondre au questionnaire. Neuf questionnaires étaient partiellement remplis, nous obligeant à ne pas les comptabiliser.

Au total, 92 médecins ont répondu complètement à l'enquête ce qui correspond à un taux de réponse de 51,7%.

Tous les résultats ci-dessous ont été calculés avec la totalité des questionnaires comptabilisés complets soit N= 92 sauf pour la question 19 ou N= 91 car les réponses d'un des médecins interrogés ne permettaient pas une analyse.

A. Caractéristiques de la population

1. Données socio-démographiques

a) Sexe (question 1)

- La majorité des médecins ayant participé à l'enquête étaient des **hommes (81,5%)**.

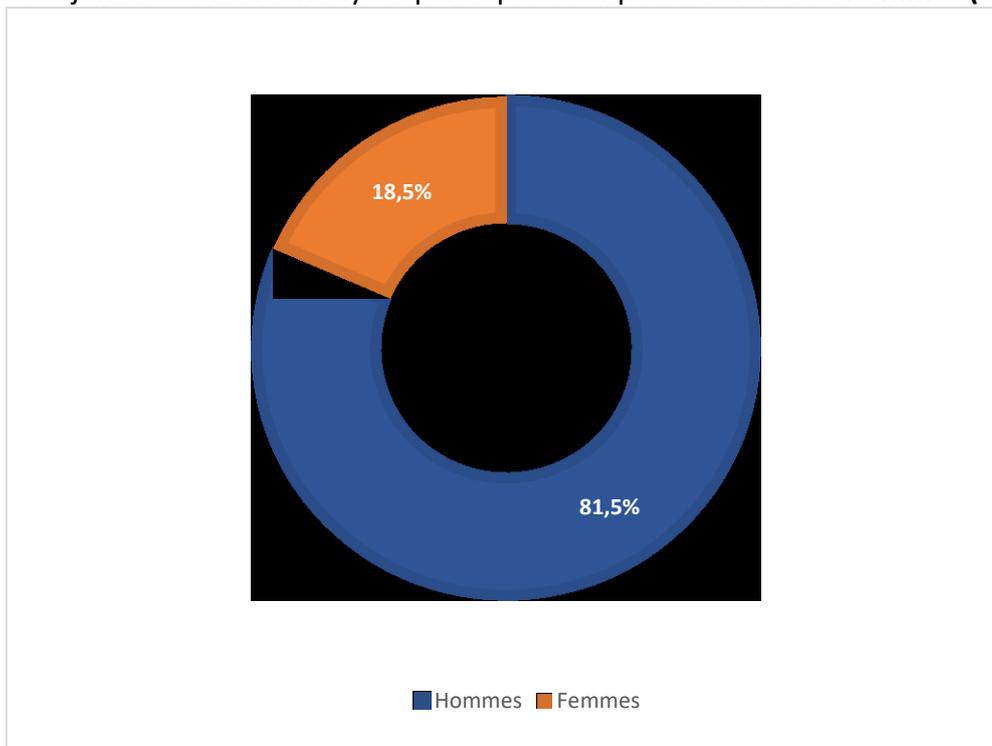


Figure 12. Répartition des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris par sexe

b) Age (question 2)

- **La moyenne d'âge** des médecins de notre échantillon était de **49,9 ans**, l'écart-type étant de **12,3 années**.
32,6% des répondants avaient **soit plus de 60 ans et soit moins de 40 ans**.

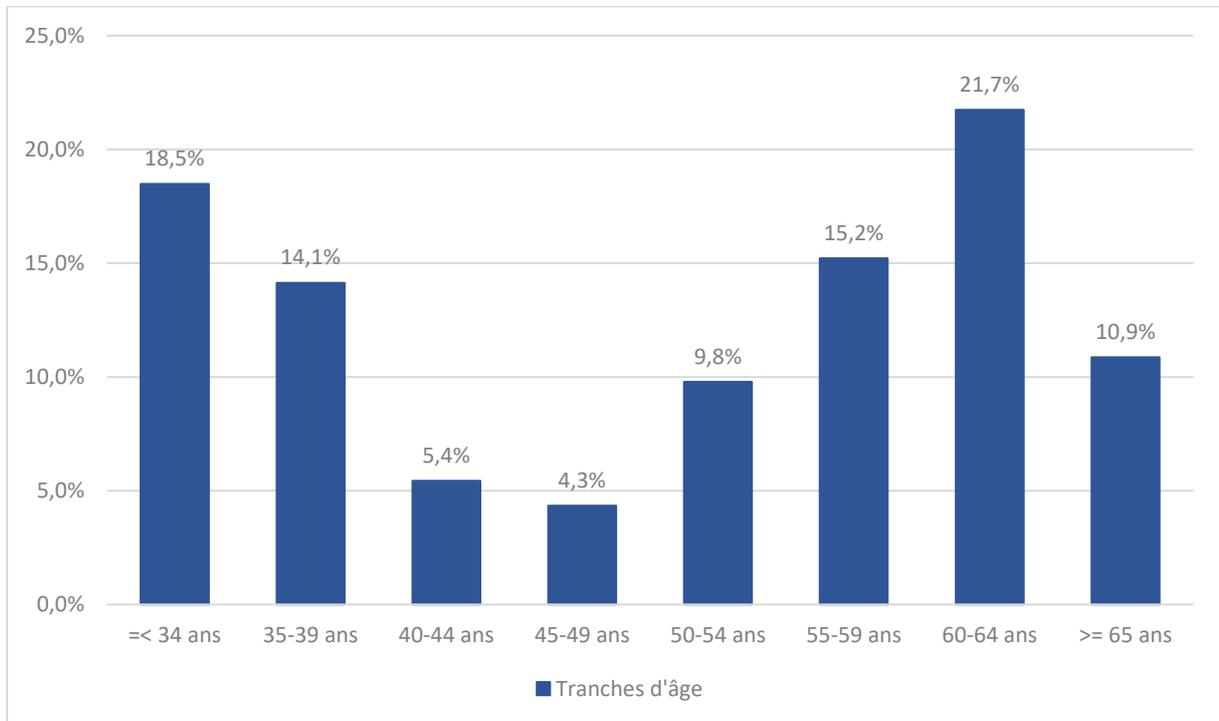


Figure 13. Répartition des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris par tranches d'âge

- **La moyenne d'âge des médecins actifs réguliers** était de **51,6 années**.
23,9% avaient moins de 40 ans et 32,6% 60 ans ou plus.
83,3% des médecins actifs réguliers étaient des hommes et 16,7% des femmes.
Les médecins remplaçants avaient en moyenne 32 ans.

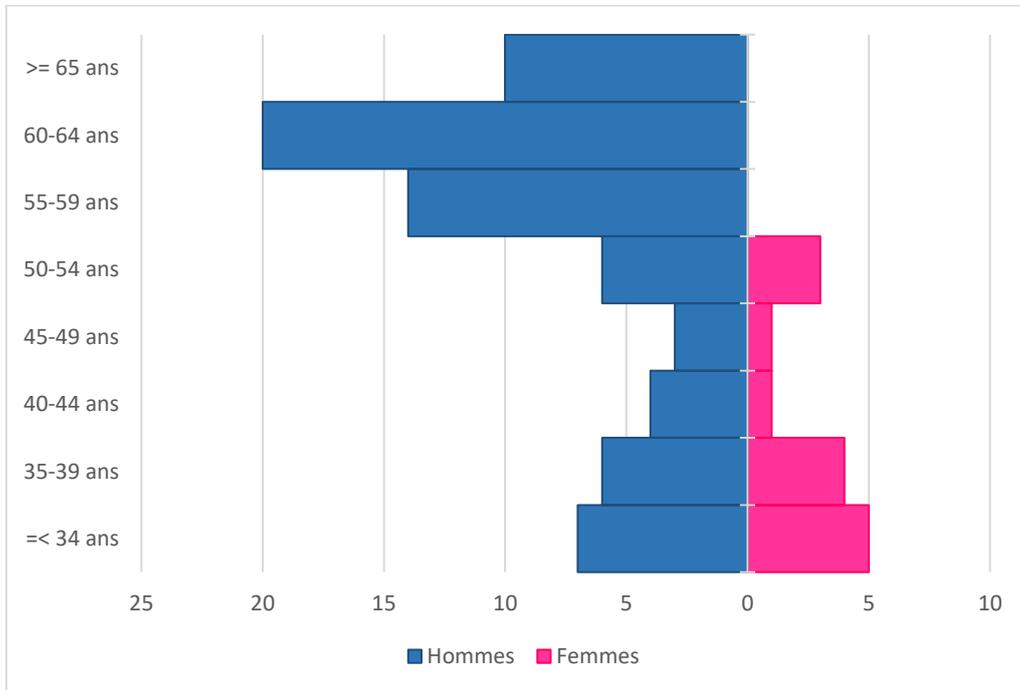


Figure 14. Pyramide des âges des médecins actifs réguliers de l'association SOS Médecins Grand Paris

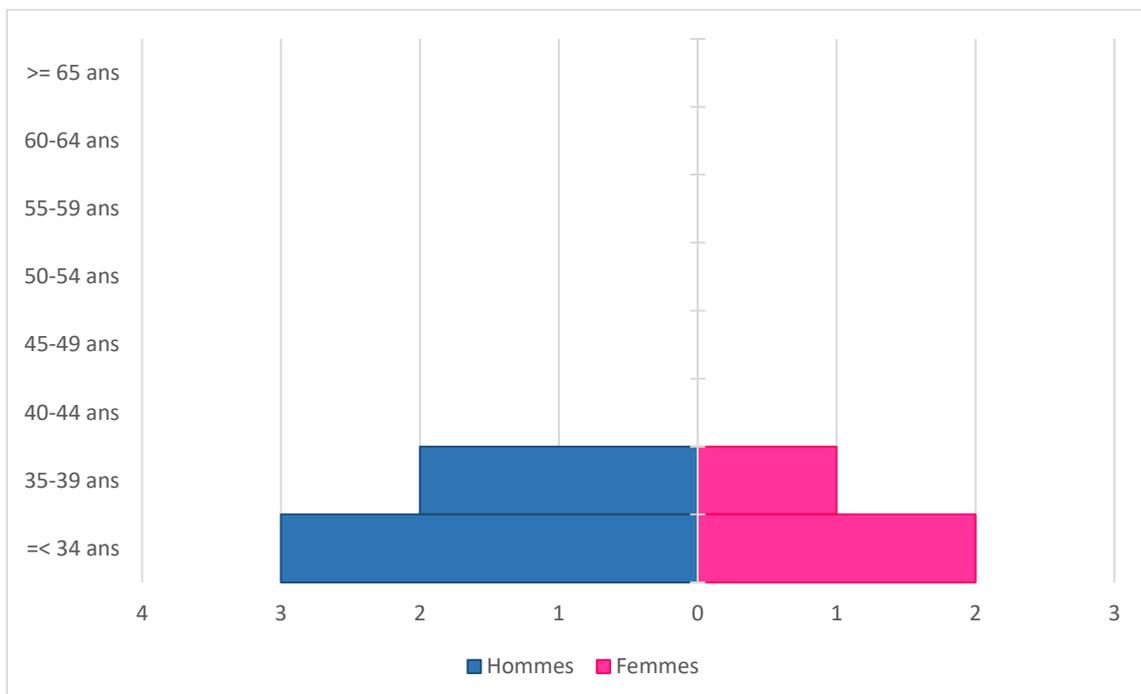


Figure 15. Pyramide des âges des médecins remplaçants de l'association SOS Médecins Grand Paris

c) Statut au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris (question 3)

- **82,6%** des médecins répondants étaient des **médecins actionnaires**.
Les médecins temporaires et remplaçants étaient représentés de **façon équivalente** avec un pourcentage de **8,7%**.

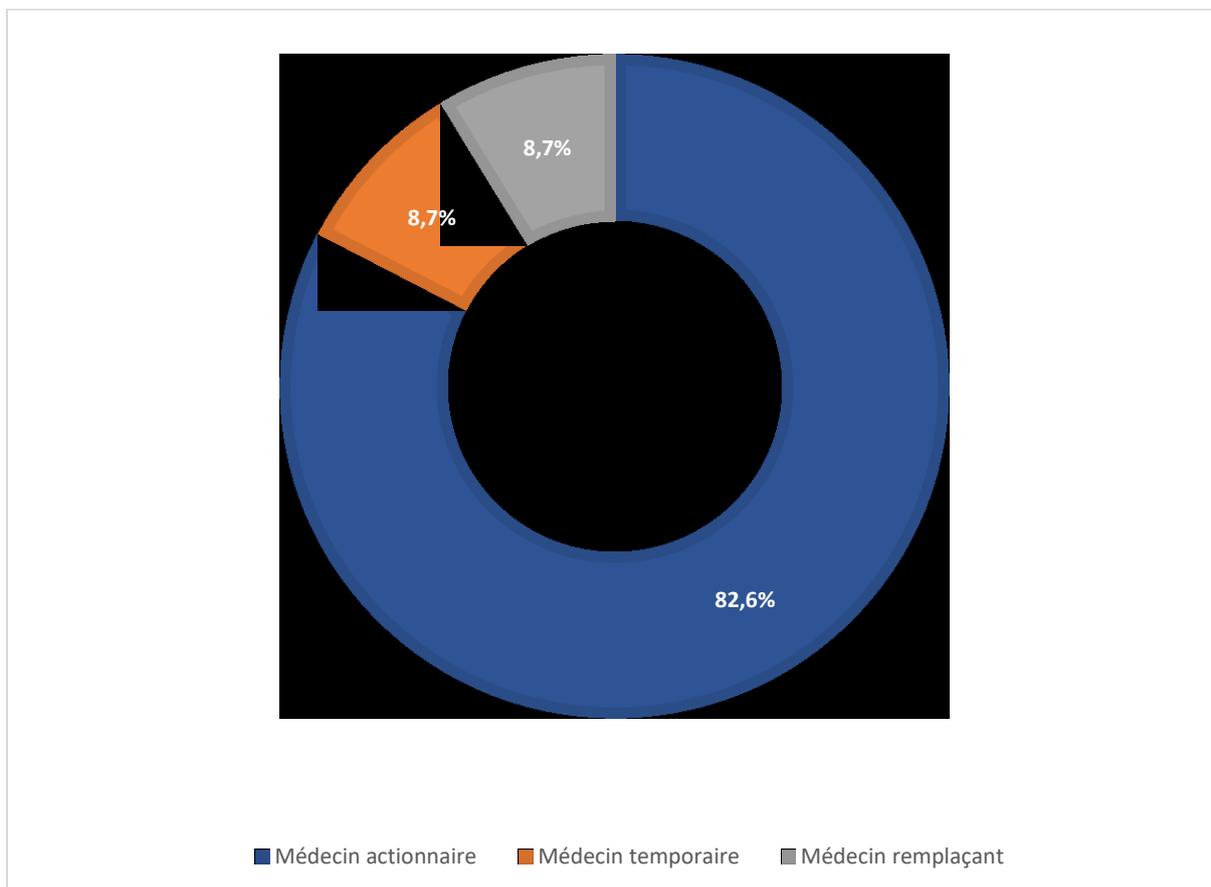


Figure 16. Répartition des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris selon leur statut

d) *Nombre d'années d'exercice au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris (question 4)*

- **33,7%** des médecins **exerçaient depuis moins de 10 ans** au sein de la structure
La part de ceux **exerçant depuis plus de 30 ans** était de **27,2%**.
Le pourcentage de ceux exerçant depuis 11 à 20 ans et depuis 21 à 30 ans était très proche à 15,2% et 16,3%.
La dernière part, représentant le plus petit nombre de médecins, correspondait à un exercice inférieur à 1 an au sein de l'association (7,6%).

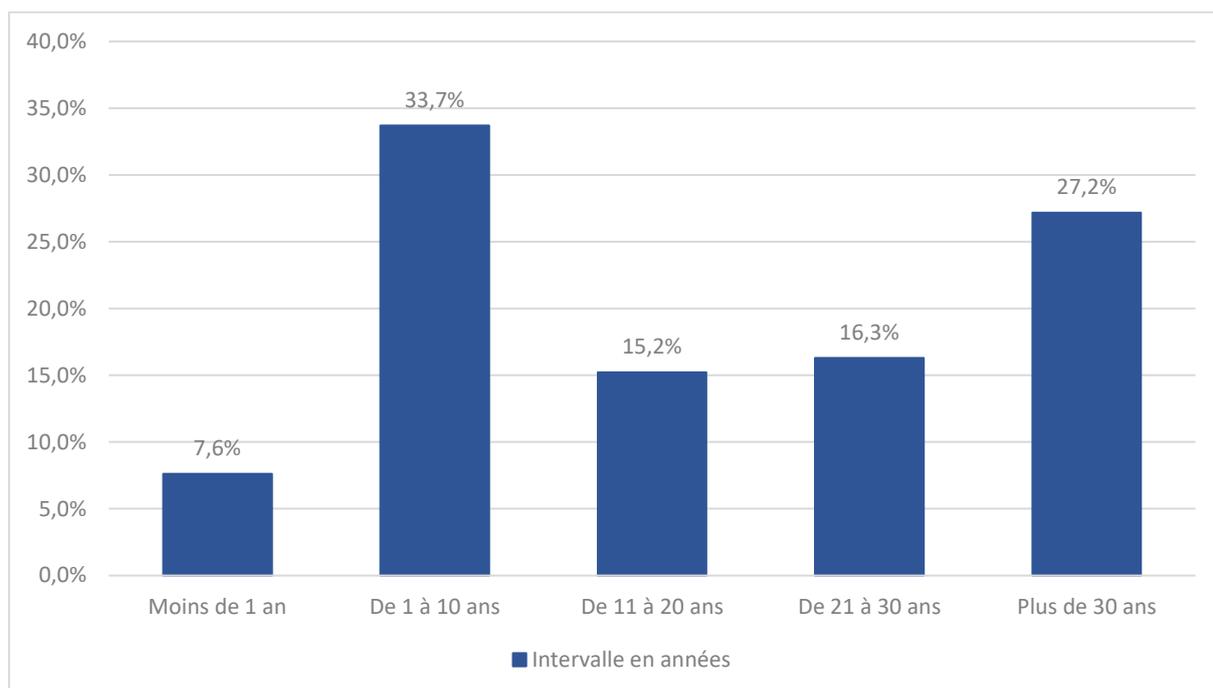


Figure 17. Répartition des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris selon leur ancienneté au sein de la structure

2. Conditions d'exercice au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris

a) Caractéristiques de l'activité au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 5 et 6)

(1) Question 5

- **71,7% des médecins n'avaient pas d'autre activité au sein de la structure si ce n'est la visite à domicile et la régulation médicale, activités principales de l'association. 28,3% en avaient une autre.**

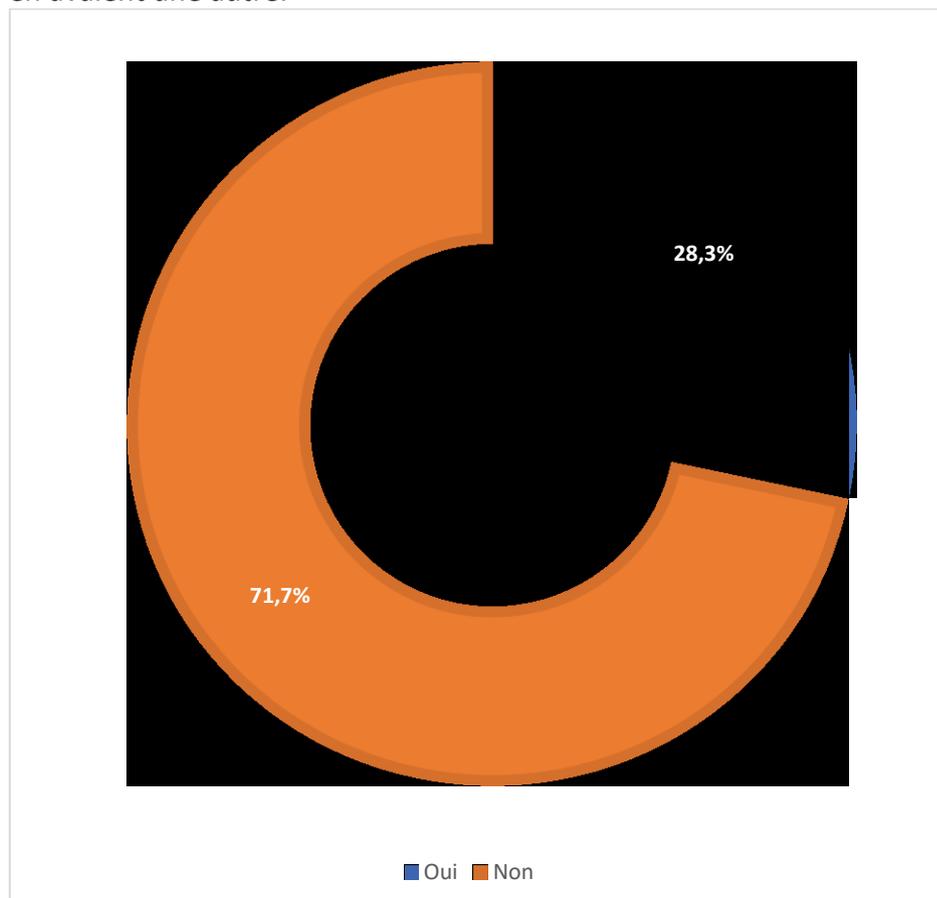


Figure 18. Exercice d'une autre activité au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris

(2) Question 6

- **59,8% des médecins interrogés n'avaient pas d'autre activité professionnelle en dehors de l'association SOS Médecins Grand Paris.**
13% avaient une autre activité hospitalière libérale ou salariée.
6,5% avaient une autre activité libérale non hospitalière.
20,7% avaient une autre activité non précisée.

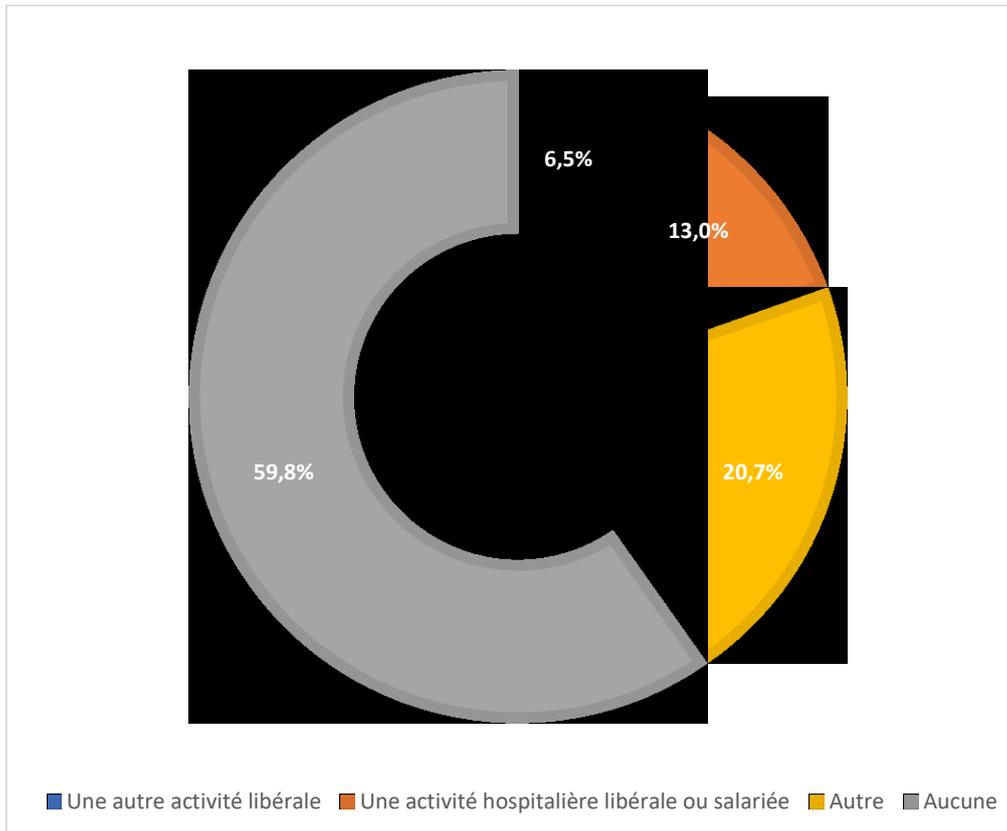


Figure 19. Exercice d'une activité professionnelle en dehors de l'association SOS Médecins Grand Paris

b) *Activité hebdomadaire des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris (question 7)*

- **La durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins de l'association était de 40,5 heures.**
L'écart-type était de 13,6 heures.

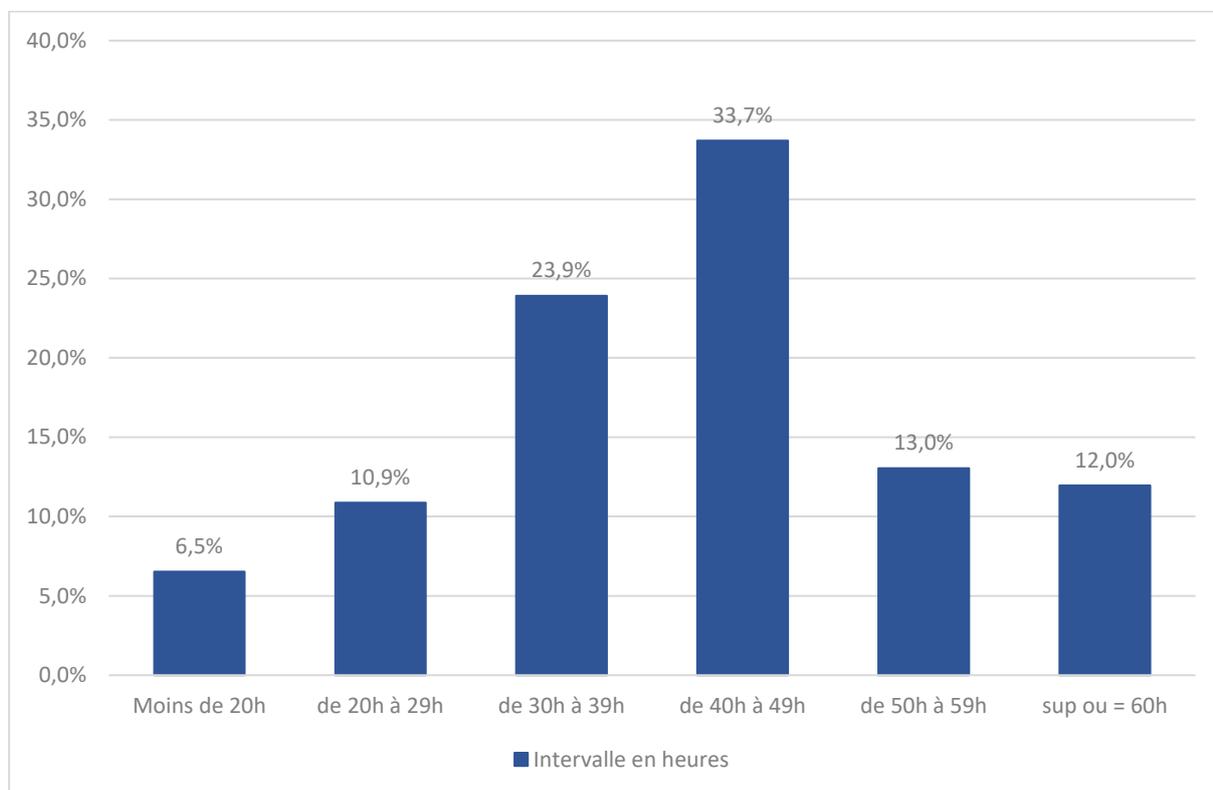


Figure 20. *Activité hebdomadaire des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris*

c) *Lieu d'exercice et ressenti (question 8)*

- **63%** des médecins répondants **avaient le sentiment d'exercer dans une zone sous dotée en médecins.**
30,4% ne le pensaient pas et 6,5% n'avaient pas d'avis sur cette question.

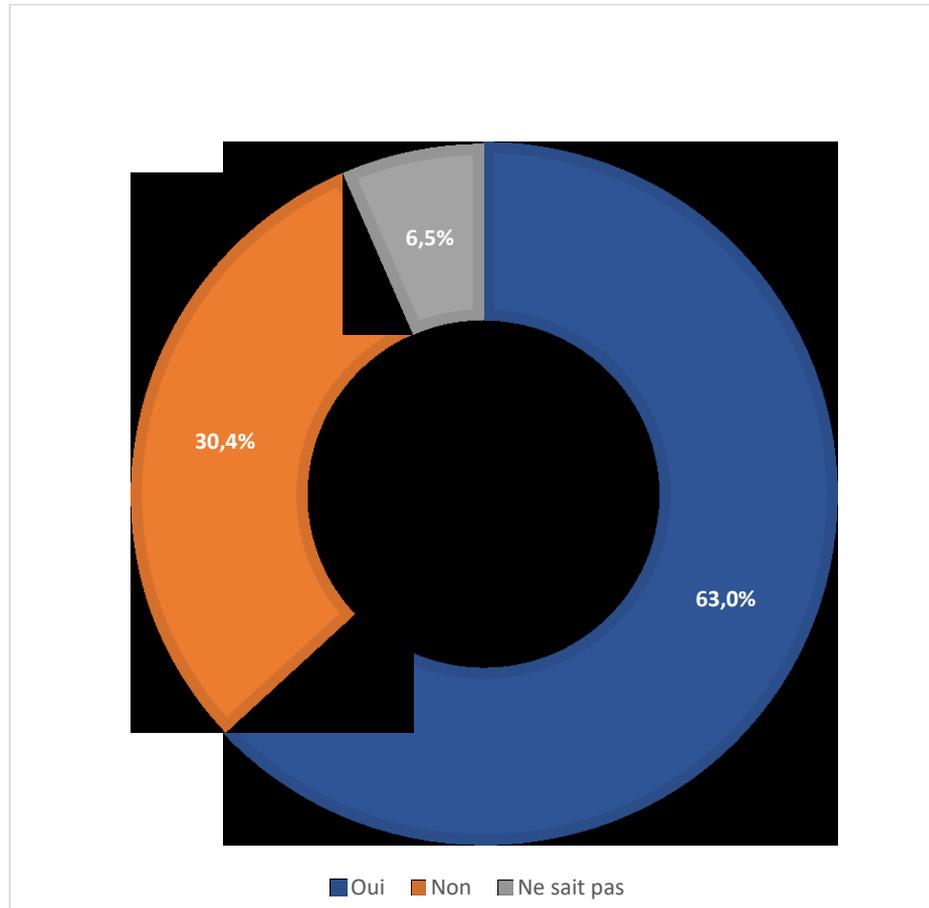


Figure 21. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : ont-ils le sentiment de travailler dans une zone sous dotée en médecins ?

3. Aptitude aux nouvelles technologies (question 9)

- **45,7%** des médecins se **considéraient aptes aux nouvelles technologies** (« normal »). **37% s'estimaient « confirmés »**. Seulement 8,7% s'estimaient « experts » et 7,6% « débutants ». Enfin 1,1% ne savaient pas.

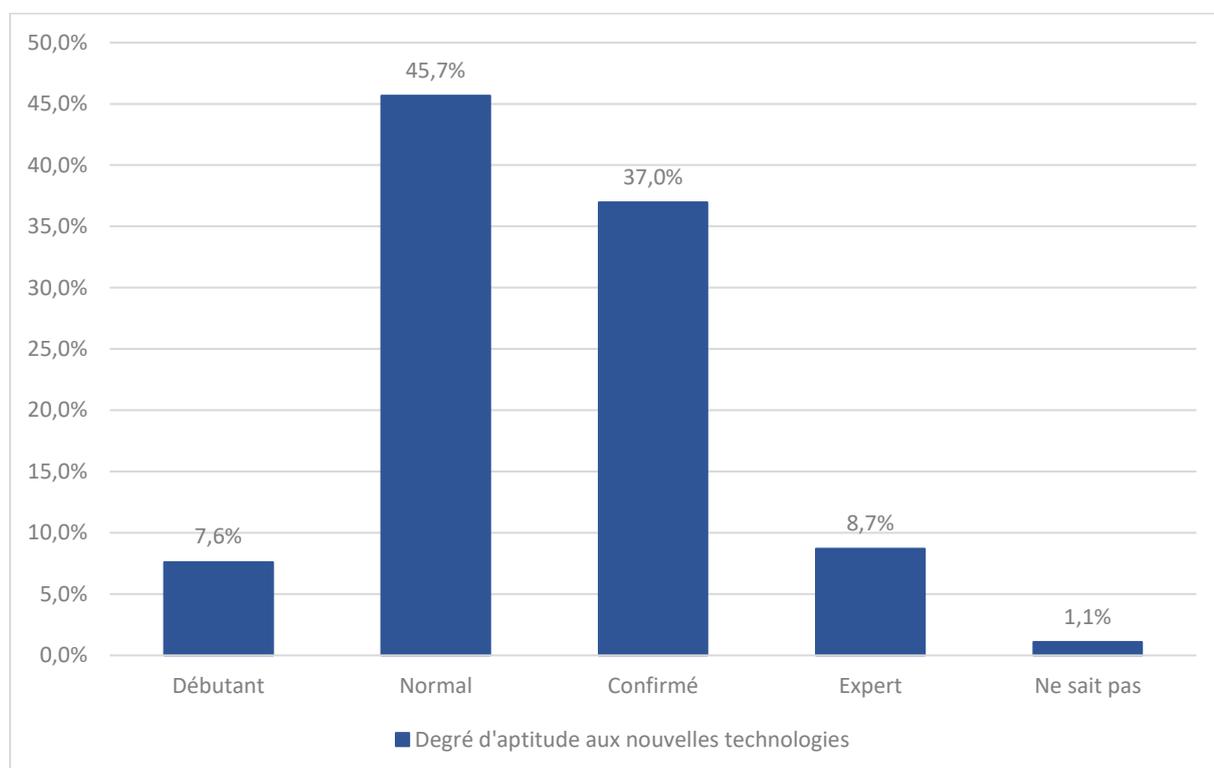


Figure 22. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : comment se considèrent-ils vis-à-vis des nouvelles technologies ?

B. Connaissance et opinions des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris sur la télémédecine.

1. Perception de la télémédecine

a) Degré d'information (question 10)

- **62%** des médecins répondants **ne se sentaient pas assez informés sur la télémédecine.** 22,8% se disaient suffisamment informés et 15,2% n'étaient pas à même d'évaluer leur degré d'information sur le sujet.

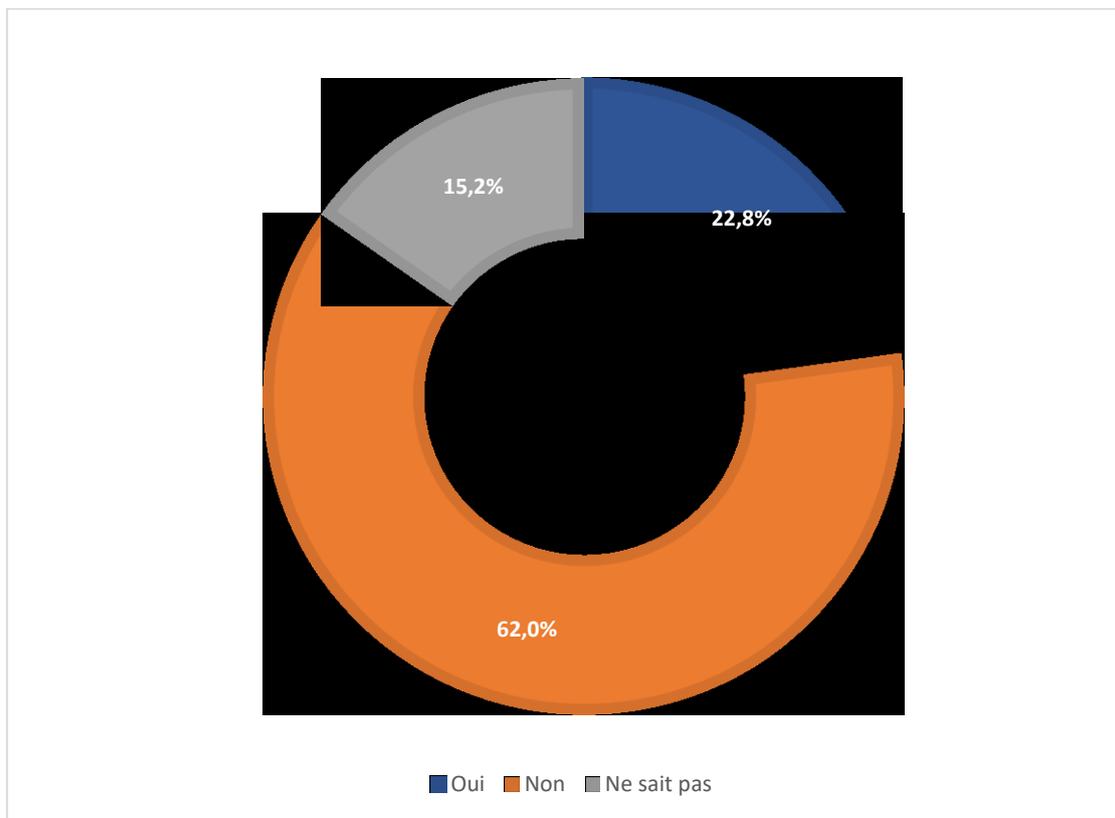


Figure 23. Les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris se sentent-ils suffisamment informés sur la télémédecine ?

- **En analyse bivariée**, on montrait un **lien significatif entre le sentiment d'information des médecins sur la télémédecine et la présence ou non d'une activité professionnelle autre que celle exercée au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris.** En effet **les médecins n'ayant pas d'autre activité professionnelle se sentaient significativement plus souvent pas assez informés sur la télémédecine.** (annexe 5, tableau 1).
Cependant, on ne montrait pas d'autre relation significative entre leur sentiment d'information et les autres caractéristiques socio-démographiques ou les caractéristiques d'exercice des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris.

b) *Connaissance des actes de télémédecine (question 11)*

- **Dans l'ordre décroissant de connaissance des actes de télémédecine, on trouvait :**
 - la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale (centre 15 SAMU) (75%) ;
 - la téléconsultation (54,3%) ;
 - la télé-assistance médicale (39,1%) ;
 - la télésurveillance médicale (25%) ;
 - la télé-expertise médicale (13%).

8,7% des médecins interrogés connaissaient les cinq actes de télémédecine. **15,2% des répondants ne connaissaient aucun acte de télémédecine.**

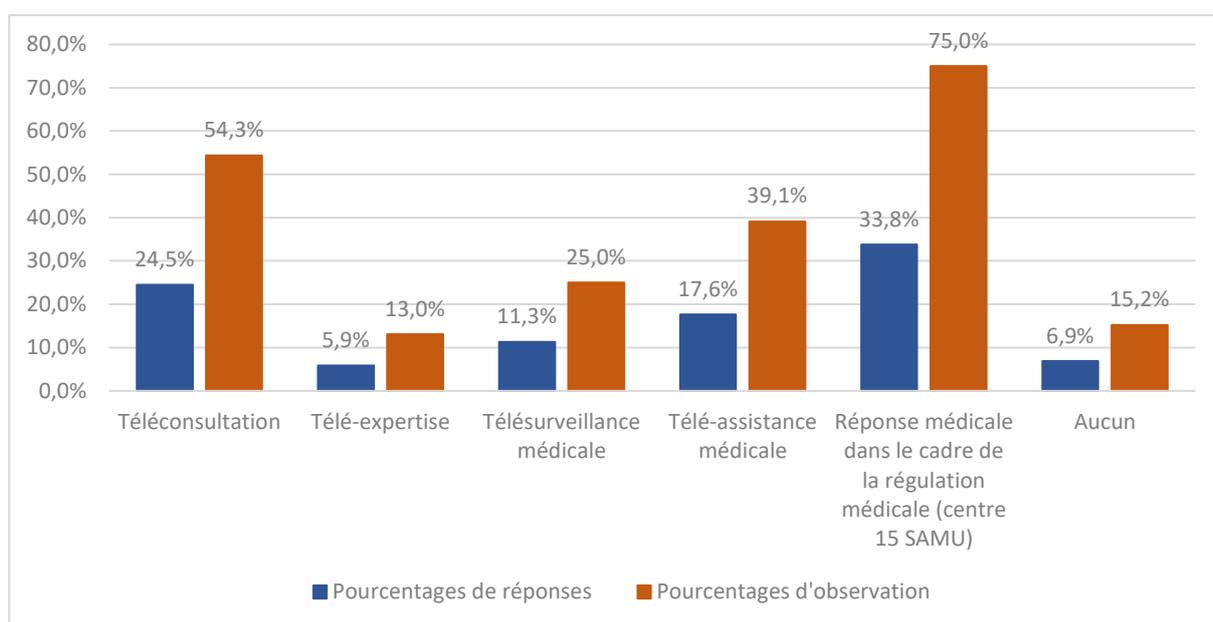


Figure 24. Actes de télémédecine connus par les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

c) *Connaissance des projets de télémédecine en Ile-de-France (questions 13 et 14)*

(1) Question 13

- **34,8%** des médecins ont déclaré **savoir que des projets de télémédecine se développaient en milieu hospitalier en Ile-de-France.**

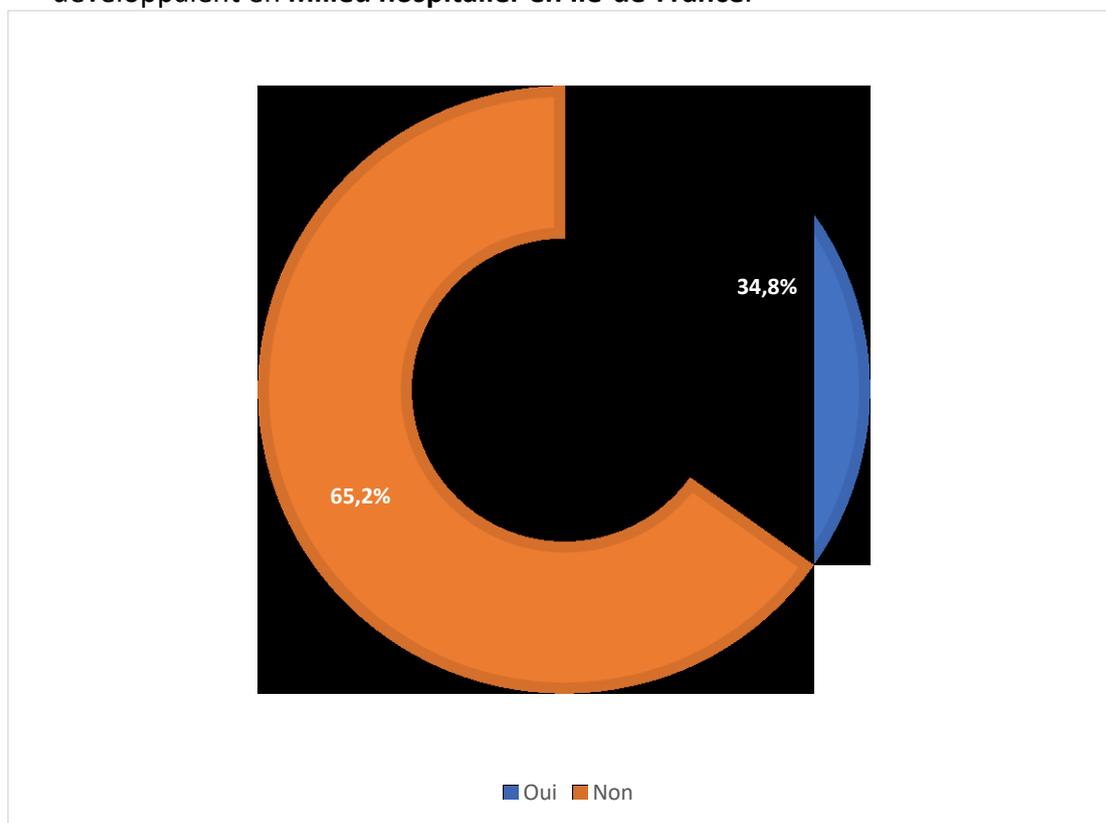


Figure 25. *Connaissance des projets de télémédecine en milieu hospitalier, en Ile-de-France, par les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris*

(2) Question 14

- **54,3%** des médecins étaient au courant de la **mise en place de projets de télémédecine en secteur libéral en Ile-de-France.**

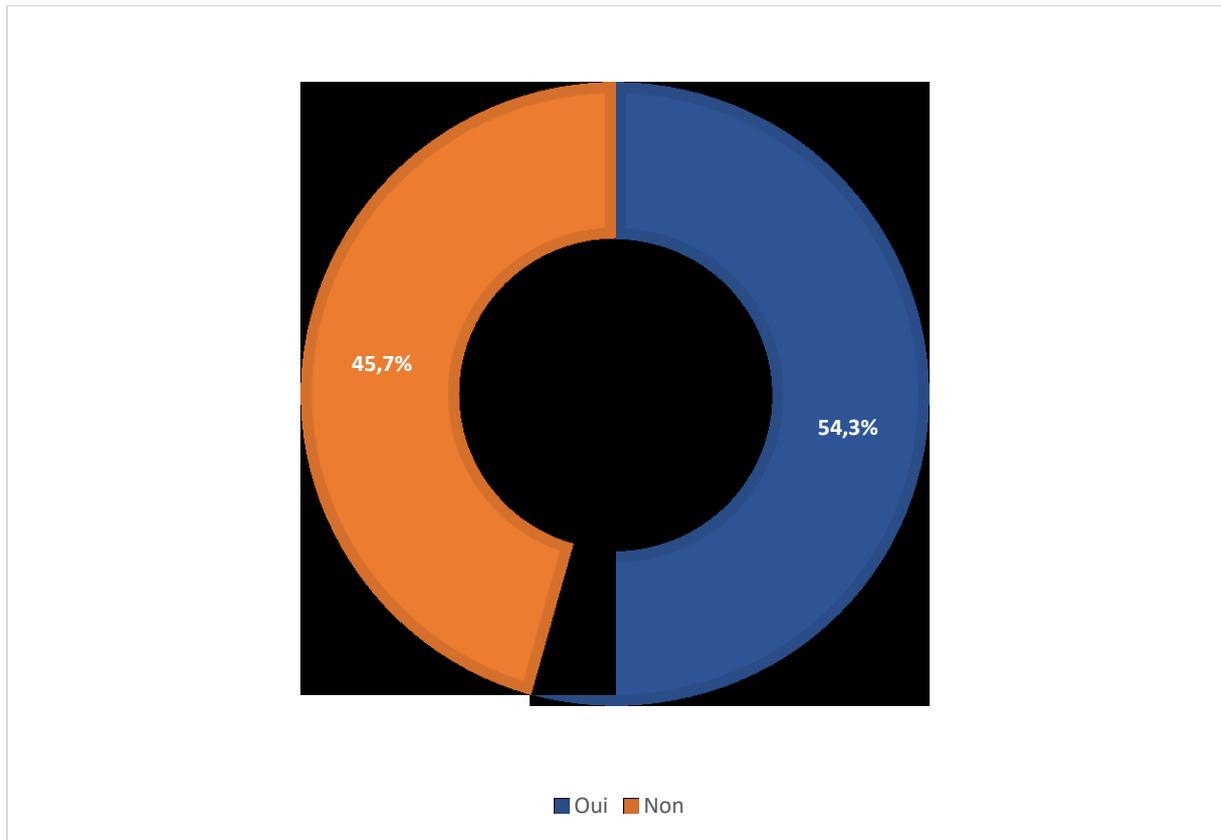


Figure 26. Connaissance des projets de télémédecine en milieu libéral, en Ile-de-France, par les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

d) *Nouvelle convention médicale 2016 et télé-médecine (question 15)*

- **87% des répondants n'étaient pas au courant de la création, au travers d'un avenant de la convention médicale de 2016, de deux nouveaux actes de télé-médecine en maison de retraite (EHPAD).**

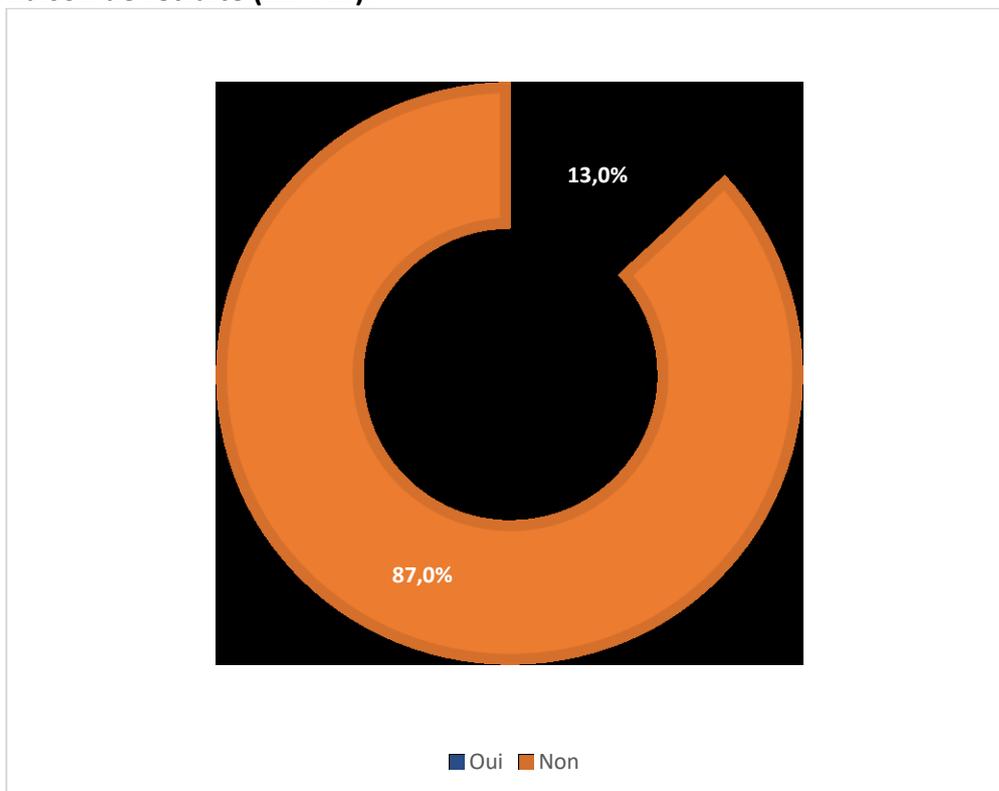


Figure 27. *Connaissance de l'avenant à la convention médicale de 2016 créant 2 actes de télé-médecine en EHPAD par les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris*

e) *Connaissance d'autres prestations médicales informatiques ou téléphoniques assimilées à de la télémédecine. (Question 16)*

- **57,6%** des médecins interrogés **savaient qu'il existait des prestations médicales téléphoniques ou informatiques assimilées à de la télémédecine.**

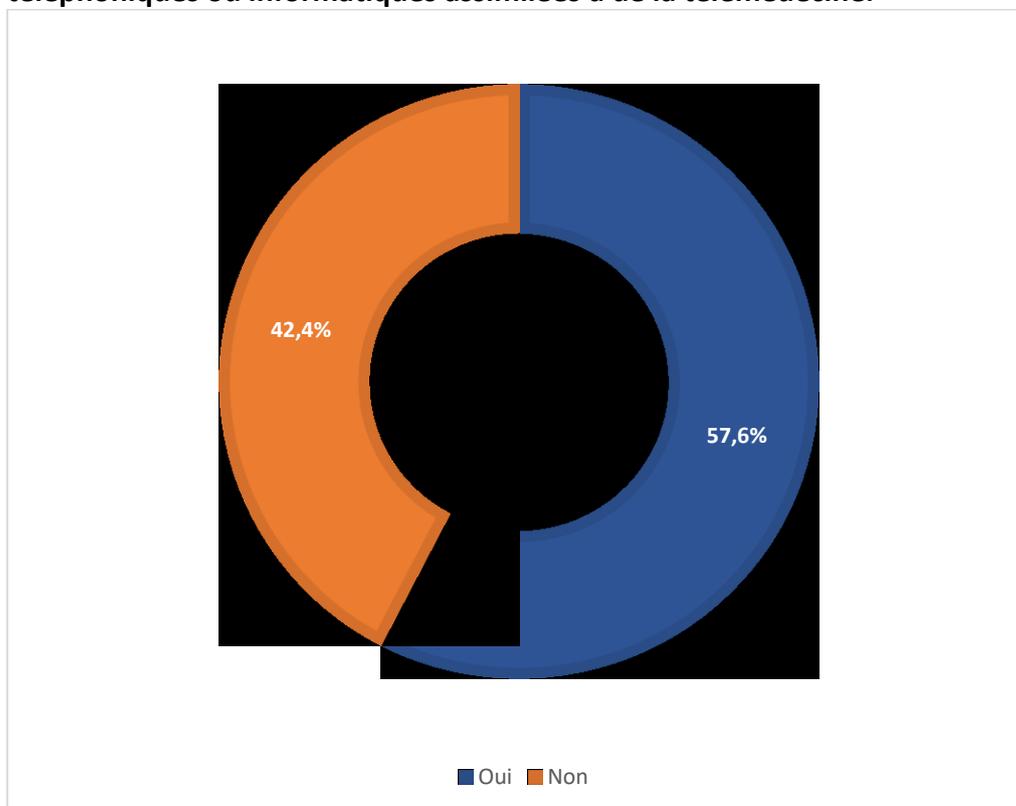


Figure 28. *Connaissance de prestations médicales, téléphoniques ou informatiques assimilées à la télémédecine par les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris*

2. Appréciation de la télémédecine

a) Télémédecine et législation actuelle (question 12)

- Le pourcentage des **médecins répondants ne pensant pas que la législation actuelle encadrant la télémédecine permettait son développement en médecine libérale était équivalent aux médecins sans opinion (46.7%). Seulement 6.5% le pensaient.**

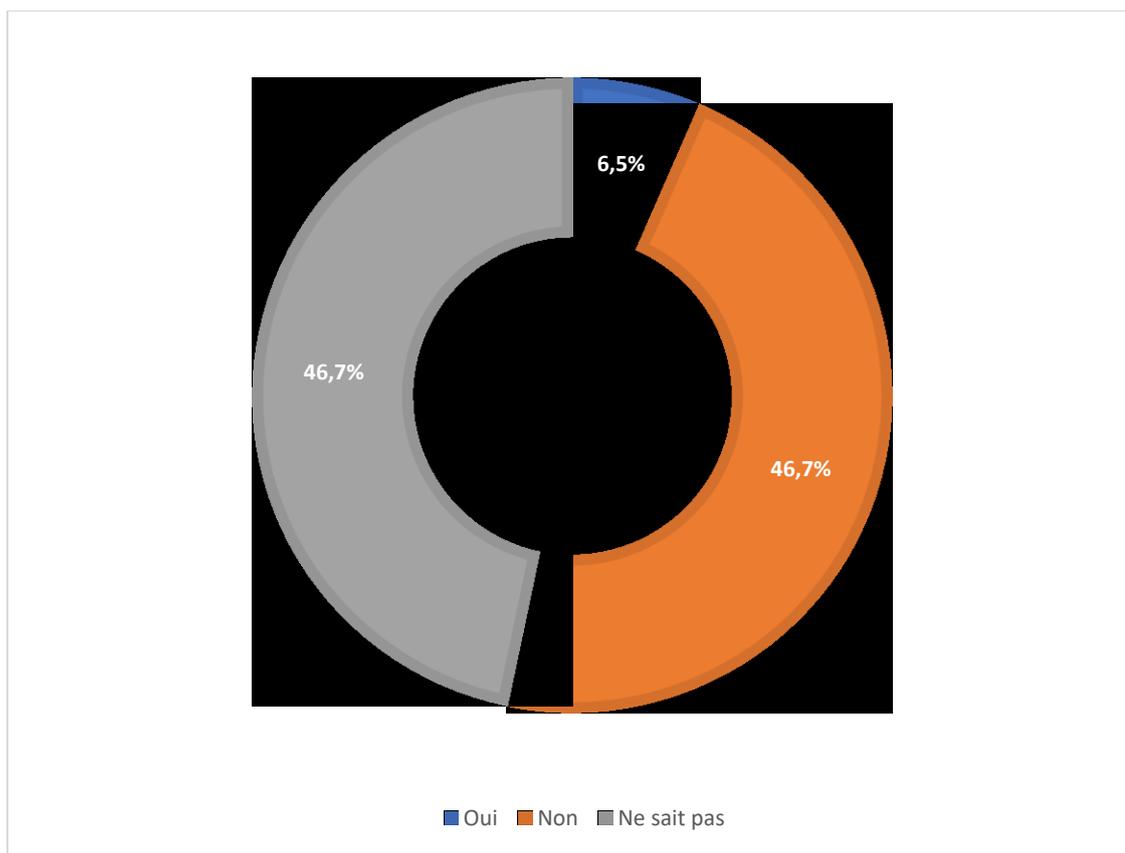


Figure 29. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris vis-à-vis de la législation actuelle encadrant la télémédecine : est-elle adaptée au développement de la pratique en milieu libéral ?

b) *Avantages et inconvénients de la télémédecine (questions 17 et 18)*

(1) Question 17

- **Les trois avantages principaux de la télémédecine** étaient, selon les médecins interrogés, par ordre décroissant :

- **elle limite les déplacements (71,7%) ;**
- **elle est un remède à la désertification médicale (69,6%) ;**
- **elle raccourcit les délais d'attente (52,2%).**

Ensuite on trouvait :

- elle participe aux économies de santé (34,8%) ;
- elle améliore les échanges et le partage entre professionnels de santé (30,4%) ;
- elle améliore la gestion et le suivi de l'état de santé des patients (22,8%) ;
- elle permet une relation médecin-malade plus interactive (14,1%) ;
- elle enrichit votre expérience et vos compétences professionnelles (4,3%).

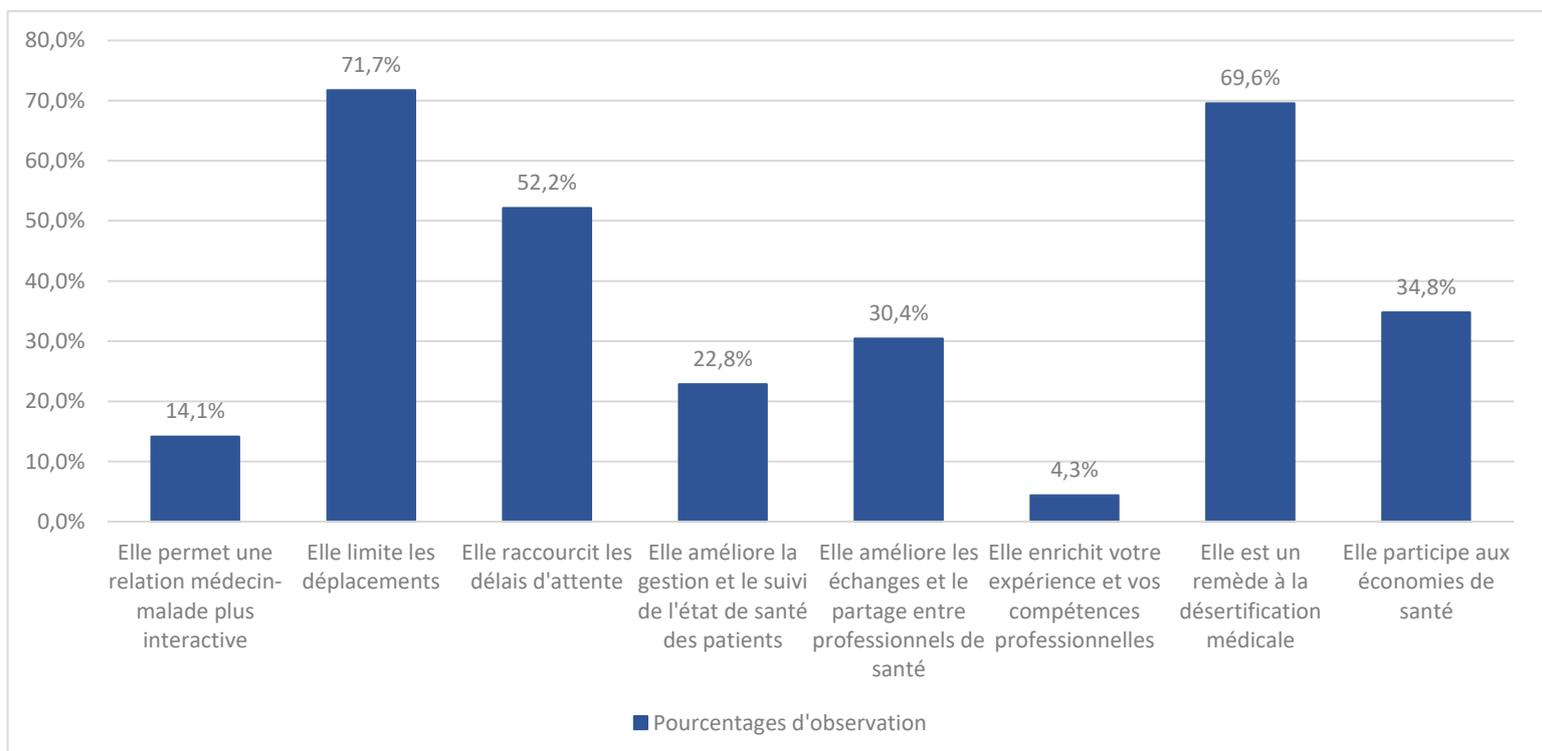


Figure 30. Avantages de la télémédecine selon les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

(2) Question 18

Les trois inconvénients principaux classés par ordre décroissant étaient :

- **elle ne permet pas de réaliser un examen médical complet (93,5%) ;**
- **elle déshumanise la relation médecin-malade (68,5%) ;**
- **elle n'a pas encore de modalités de rémunération bien définies (46,7%).**

Ensuite on pouvait trouver :

- elle engendre une certaine méfiance de la part des médecins (28,3%) ;
- elle laisse subsister des doutes sur la confidentialité des données échangées (26,1%) ;
- elle n'a pas encore totalement prouvé ses bénéfices médico-économiques (14,9%) ;
- elle nécessite des investissements dans un matériel adapté et coûteux (13%) ;
- elle crée une certaine réticence de la part des patients (8,7%).

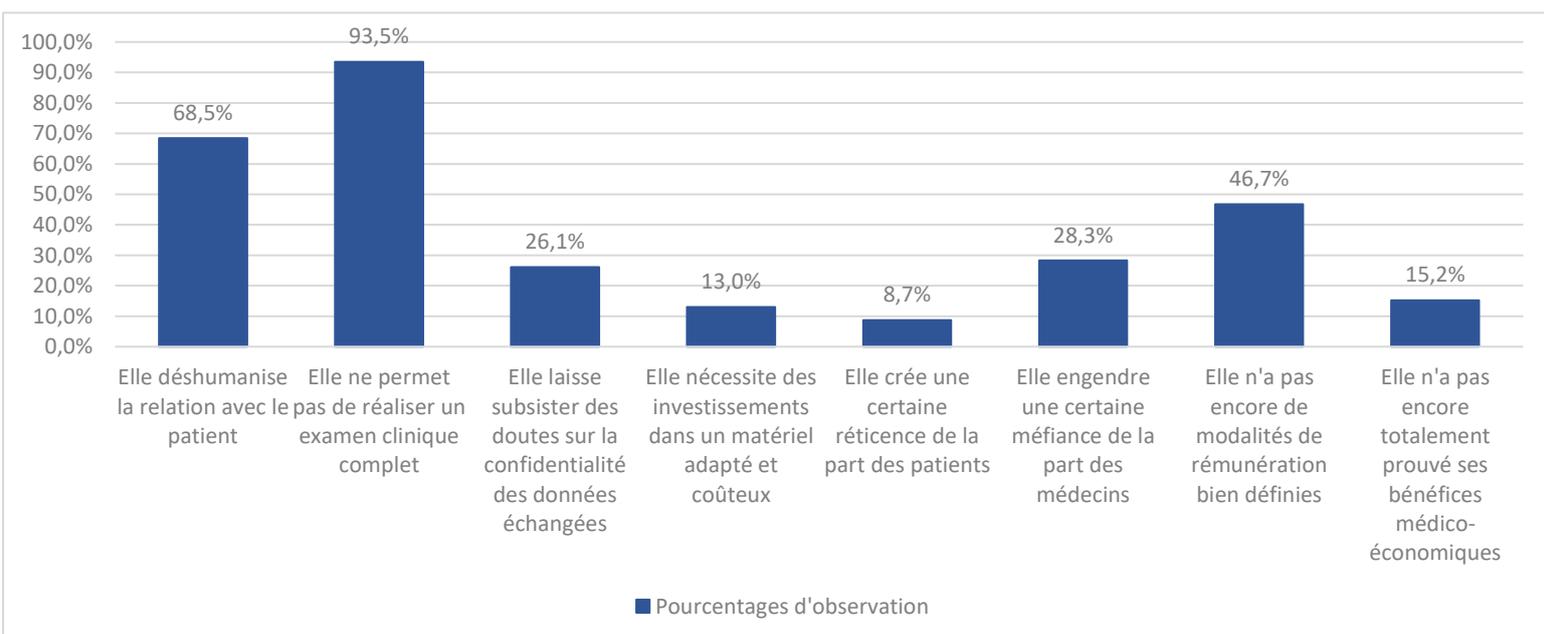


Figure 31. Inconvénients de la télémédecine selon les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

c) *Télémédecine et prise en charge des patients (questions 19 et 20)*

(1) Question 19

Pour la question 19, nous vous rappelons que N = 91. En effet, à cette question un médecin a répondu à la fois « pathologie chronique » et « ne sait pas » ce qui ne permet pas une analyse cohérente, raison pour laquelle nous n'avons pas tenu compte de sa réponse pour cette question.

- **31,9% des médecins interrogés considéraient que la télémédecine se prêtait aux pathologies médicales chroniques, 9,9% aux pathologies aiguës. 37,4% des médecins pensaient qu'elle se prêtait aux 2 types de pathologies. 20,9% des médecins n'avaient pas d'avis sur cette question.**

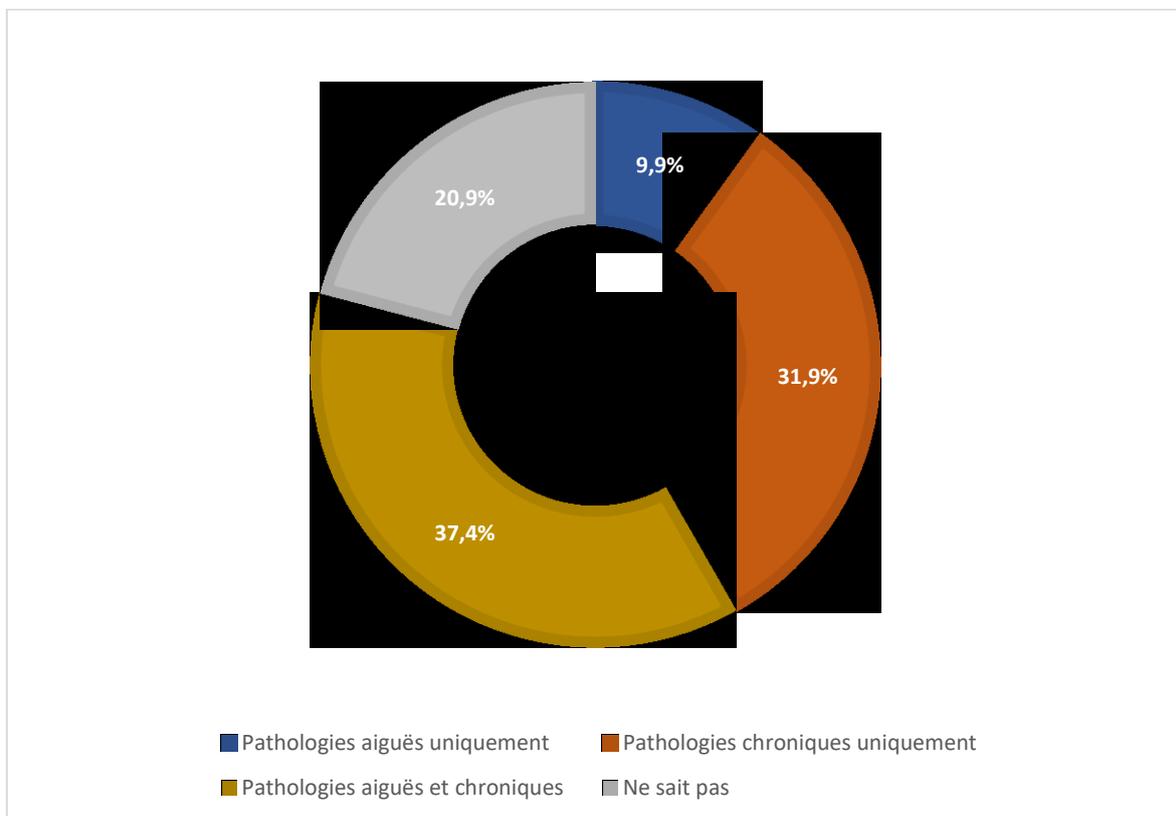


Figure 32. Types de pathologies adaptées à la télémédecine selon les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

(2) Question 20

- **La question à savoir si la télé médecine devait respecter le parcours de soins du patient, a recueilli des pourcentages très proches les uns des autres.**

Le « oui » l'emportait avec 34,8%, le « non » avec 31,5%.

Le pourcentage de « sans opinion » était de 33,7%.

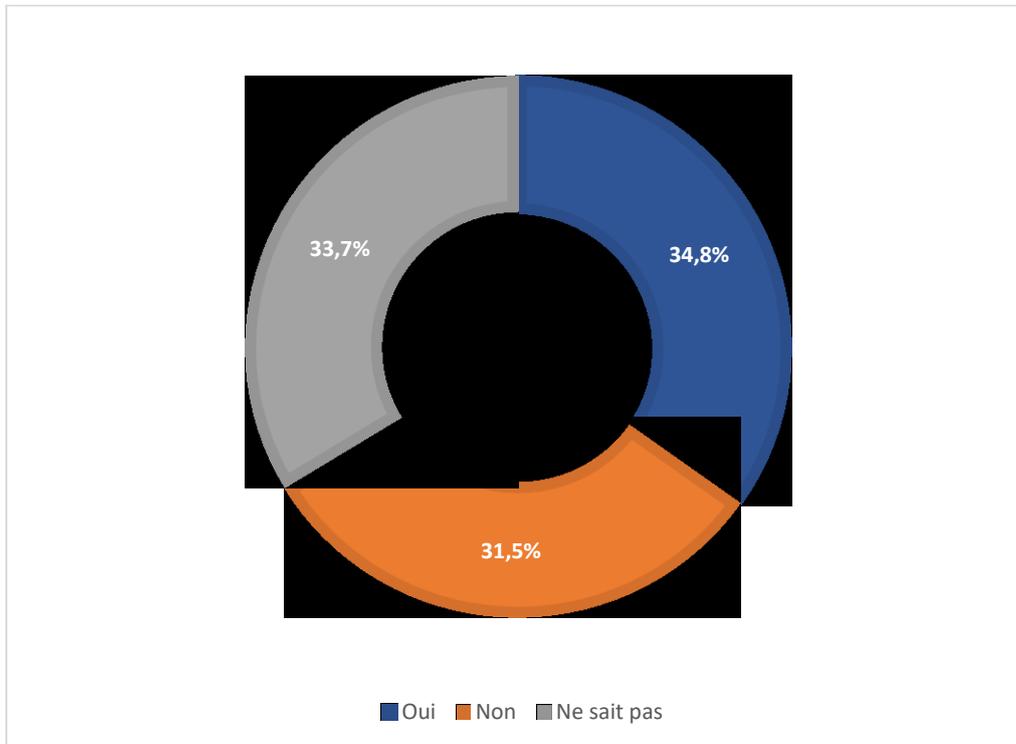


Figure 33. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : la télé médecine doit-elle respecter le parcours de soins du patient ?

d) *Télémédecine et exercice médical (questions 21 et 22)*

(1) Question 21

- **44,6% des médecins estimaient que la télémédecine ne devait pas faire partie intégrante de l'activité d'un médecin.**
23,9% étaient d'un avis contraire et 31,5% étaient sans opinion.

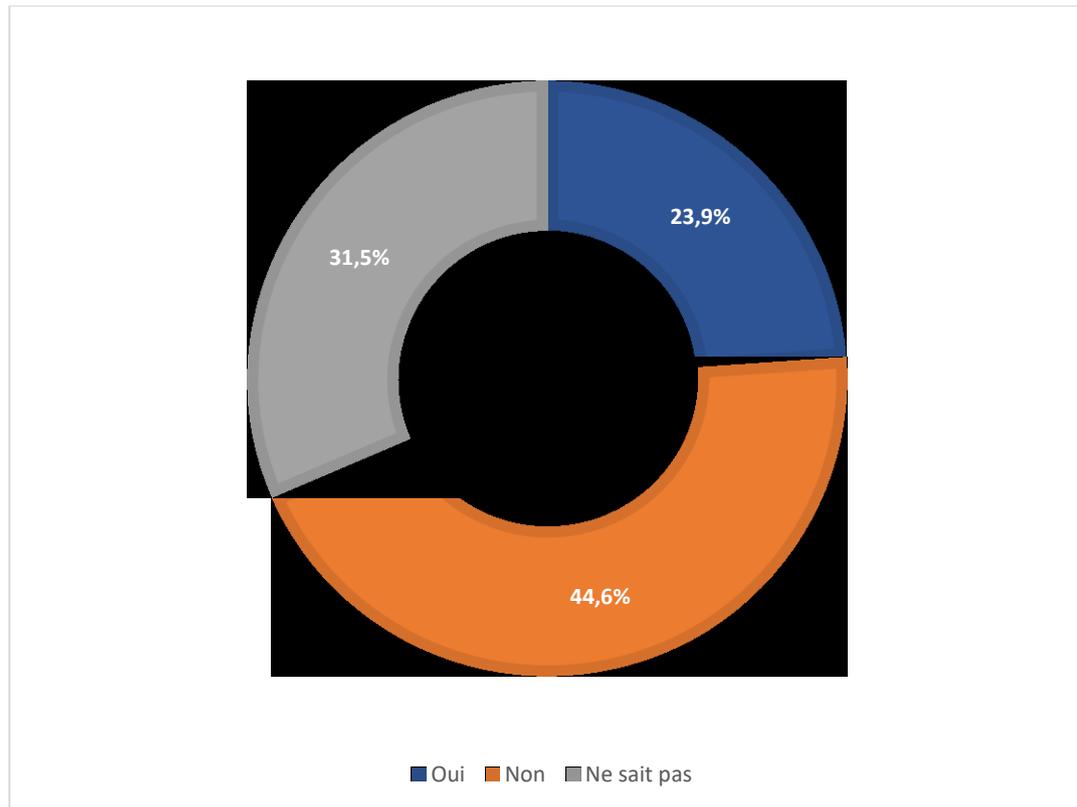


Figure 34. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : la télémédecine doit-elle faire partie intégrante de l'activité du médecin ?

- **En analyse bivariée**, on montrait **une relation significative entre le fait que la télémédecine devait faire partie intégrante ou non de l'activité d'un médecin et l'ancienneté des répondants au sein de la structure SOS Médecins Grand Paris**. En effet, les médecins ayant moins de 10 ans d'activité au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris trouvaient significativement plus souvent que la télémédecine devait faire partie intégrante de l'activité d'un médecin (**p value = 0.026**) (annexe 5, tableau 2). Par contre, il n'existait aucun autre lien avec les variables de la première partie du questionnaire.

(2) Question 22

- **75% des médecins interrogés jugeaient nécessaire une formation pour pratiquer la télémédecine.**
14,1% n'avaient pas ce sentiment et 10,9% étaient sans opinion.

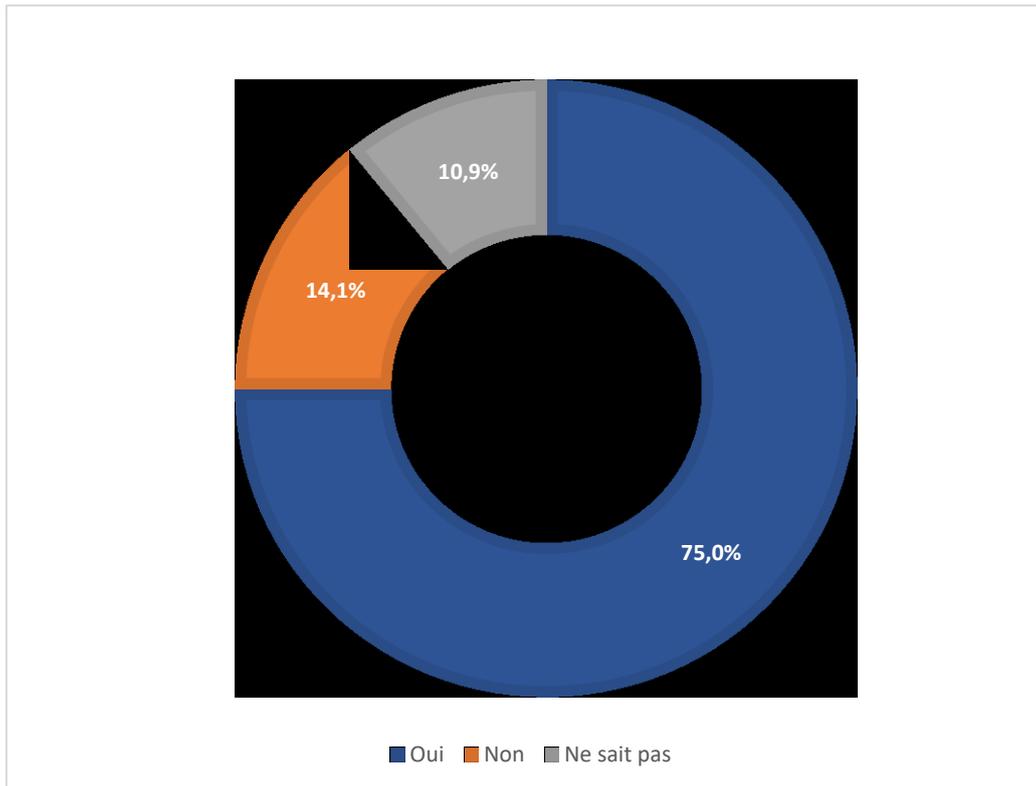


Figure 35. Nécessité d'une formation pour exercer la télémédecine selon les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

- **Lors de l'analyse bivariée, la nécessité d'une formation pour pratiquer la télémédecine n'était influencée ni par les caractéristiques socio-démographiques des médecins ni par celles de leur exercice professionnel pas plus que par leur aptitude aux nouvelles technologies.**

C. Télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris : attentes des médecins de cette structure de soins non programmés

1. Conception du nouvel acte de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 23 et 24)

a) Nouvel acte de télémédecine choisi par les médecins de l'association (question 23)

- Selon les médecins répondants, l'acte de télémédecine le plus à même d'être exercé au sein de l'association était par ordre décroissant :
 - la téléconsultation (58,7%) ;
 - la télé-expertise (9,8%) ;
 - la télé-assistance médicale (8,7%) ;
 - la télésurveillance médicale (7,6%).

15,2% des médecins n'avaient pas d'opinion en ce qui concerne le type d'acte de télémédecine à mettre en place au sein de la structure.

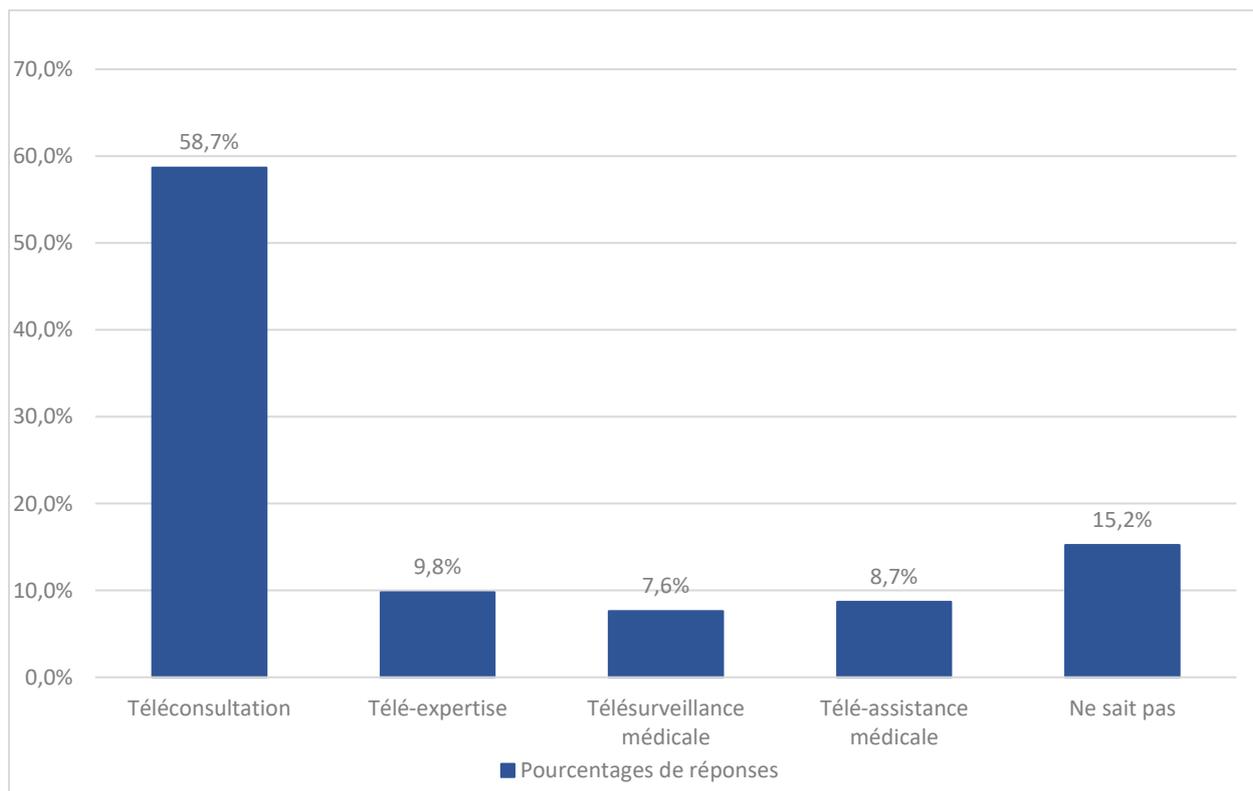


Figure 36. Actes de télémédecine plébiscités par les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris au sein de la structure

- **Lors de l'analyse bivariée**, on montrait **seulement une relation significative entre l'acte de télémédecine le plus à même d'être exercé au sein de la structure et l'ancienneté des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris**. Les médecins ayant entre 1 et 10 ans d'ancienneté trouvaient significativement plus souvent que

l'acte le plus adapté à la structure était la téléconsultation (**p value = 0.023**) (annexe 5, tableau 3).

Par contre, il n'existait pas d'autre liens significatifs entre l'acte le plus à même d'être exercé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris et les variables de la première partie de notre questionnaire (questions 1 à 9) ni avec le sentiment d'être d'informés des médecins en ce qui concerne la télémédecine (question 10) ni avec la nécessité d'une formation pour la pratiquer (question 22) pas plus qu'avec le fait que la télémédecine doivent respecter ou non le parcours de soins du patient (question 20).

b) *Modalité d'exercice de ce nouvel acte de télémédecine (question 24)*

- **66,3% des médecins considéraient que ce nouvel acte pouvait compléter leur activité habituelle mais aucun d'entre eux ne souhaitaient qu'il la remplace totalement (0%).** 16,3% estimaient qu'il pouvait remplacer une partie de leur activité habituelle et 17,4% ne se prononçaient pas.

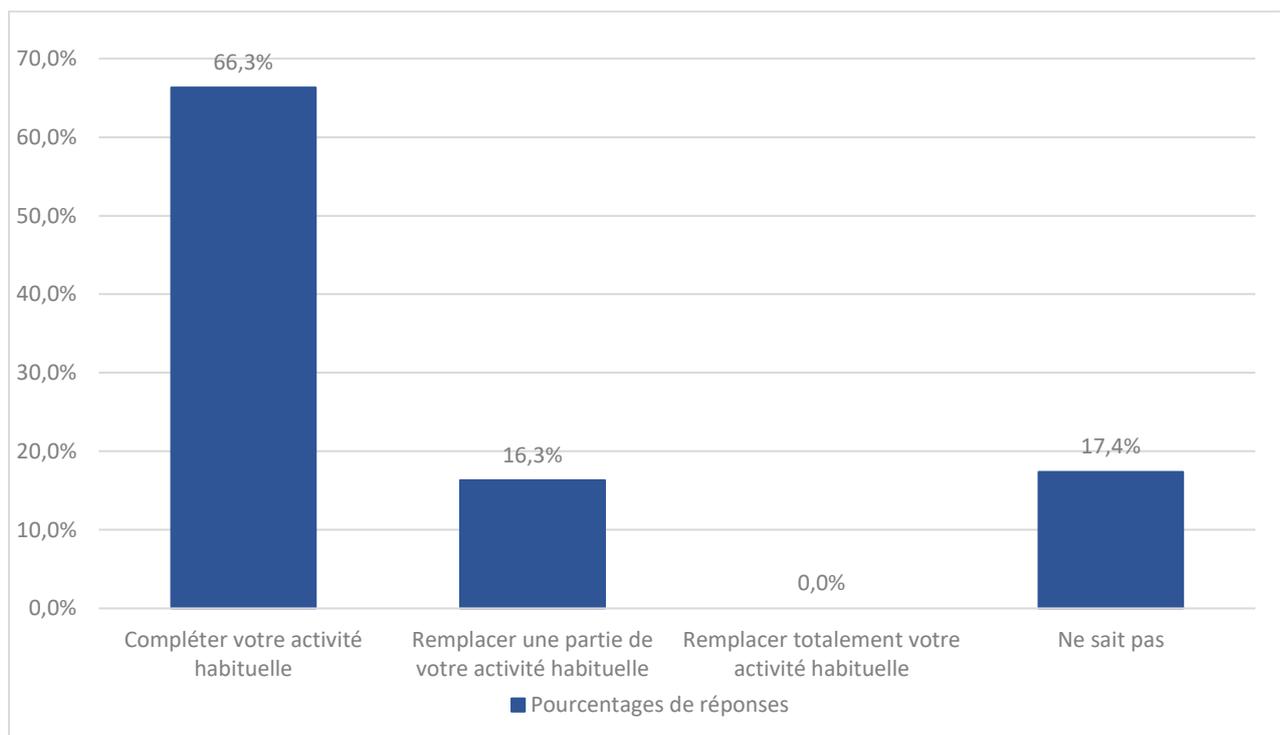


Figure 37. Modalité d'exercice du nouvel acte de télémédecine dans l'activité des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

2. *Nouvel acte de télé-médecine et médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 25, 26 et 27)*

a) *Bénéfices apportés par ce nouvel acte de télé-médecine dans leur pratique quotidienne (question 25)*

- **45,7% des médecins répondants n'avaient pas d'opinion sur les bénéfices apportés dans leur pratique quotidienne par ce nouvel acte de télé-médecine.**
35,9% pensaient qu'il serait bénéfique et 18,5% pensaient le contraire.

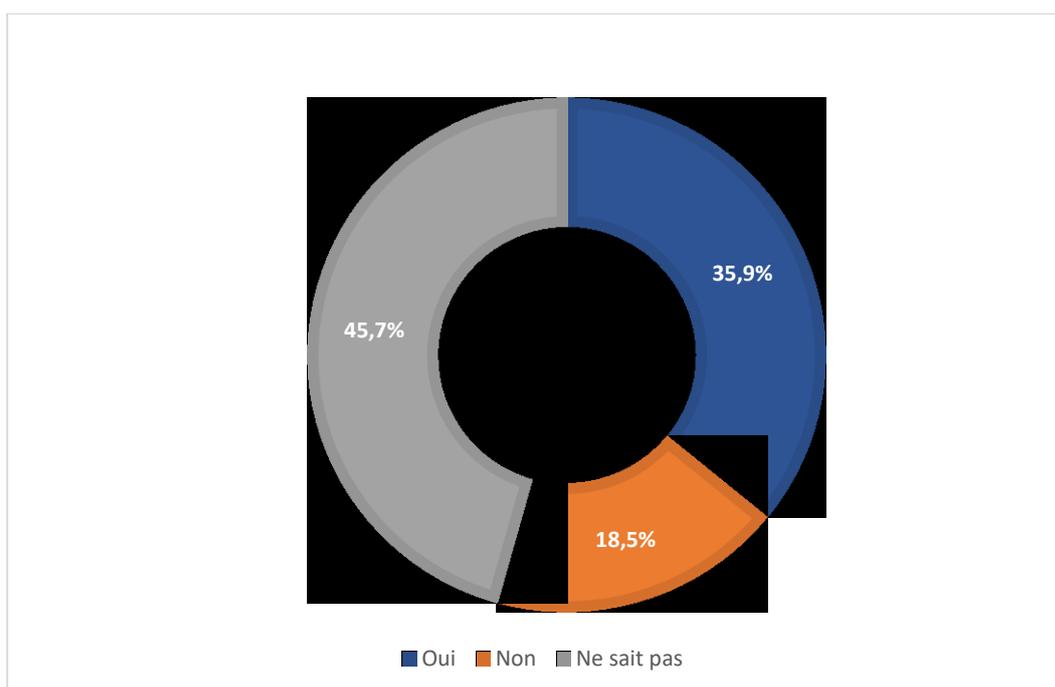


Figure 38. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris envers un nouvel acte de télé-médecine au sein de leur structure : serait-il bénéfique dans leur pratique quotidienne ?

- **22 médecins, c'est-à-dire 23.9% des sondés ont laissé un commentaire pour cette question.**

Selon eux, **les raisons pour lesquelles un nouvel acte de télé-médecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris serait bénéfique dans leur pratique quotidienne étaient :**

- **La diversification de leur pratique médicale**

« diversification de la pratique » (2 médecins ont mis le même commentaire)
« prise en charge de pathologie aigue banale chez des patient sans atcd (grippe, rhinopharyngite, bronchite, tracheite, contusion, gastro enterite, hémorroïde, constipation ...), suivie de pathologie chronique (notement renouvellement d'ordo), suivie de bilan bio/radio, évolution crise d asthme, migraine, vertige periph ... »
« [...] nouveau mode d'exercice »

- **Le suivi possible des patients après une visite à domicile (retour d'informations)**

« Suivi des patients suite a une première visite à domicile »
« [...] suivie de bilan bio/radio, évolution crise d asthme, migraine, vertige periph ... »
« Équivalent de consultation post urgences »

- **Le suivi possible de maladies moins aiguës**

« [...] (notement renouvellement d'ordo) [...] »
« [...] renouvellement d'ordonnance lors pathologies chroniques lorsque le MT est absent [...] »

- **La possibilité d'avoir des avis spécialisés**

« possibilités d'avis spécialisés meilleur service rendu au patient »

- **Le gain de temps**

« [...] Gain de temps »
« [...] pouvoir rapidement eliminer une urgence »
« limitation fatigue lié aux déplacement accès au soin plus rapide pour le malade nouveau mode d'exercice »
« En apportant une réponse experte plus rapide. »
« je serais assis dans mon fauteuil plutôt que de monter les escaliers ou perdre mon temps dans les embouteillages ! »

- **La réduction des déplacements**

« Moins de déplacement [...] »
« Pas de déplacement [...] »
« limitation fatigue lié aux déplacement [...] »
« je serais assis dans mon fauteuil plutôt que de monter les escaliers ou perdre mon temps dans les embouteillages ! »

- **Une solution au manque de médecins effecteurs ou d'activité de l'association SOS Médecins Grand Paris dans certaines zones**

« pallier a la penurie de medecin en banlieue »
« meilleure gestion du flux des appels pour certaines zones mal desservies par nos associés »
« Cela permettra de répondre à de plus nombreux appels [...] »

Cependant pour 6 de ces 22 commentaires, un nouvel acte de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ne serait pas bénéfique dans leur pratique quotidienne car :

- **Il déshumanise la relation avec le patient**

« Rien ne remplace le contact avec les patients. La télémédecine déshumanise la pratique de la médecine. »

« [...] Besoin de contact physique avec le patient et d'un examen clinique soigneux [...] »

« [...] Mais risque toujours présent d'une consultation "dématérialisée" »

- **Un doute sur son intérêt subsistait**

« A voir »

« [...] modalités de mise en place à étudier avec précision pour en tirer le bénéfice attendu »

- **Il n'existait pas de besoin pour les médecins**

« Aucun intérêt pour ma pratique actuelle »

b) *Aptitude des médecins de l'association à pratiquer un nouvel acte de télé médecine (question 26)*

- **Un fort pourcentage de médecins interrogés (64,1%) se sentait aptes à pratiquer un nouvel acte de télé médecine.**
20,7% ne se sentaient pas capables et 15,2% n'avaient pas d'avis sur la question.

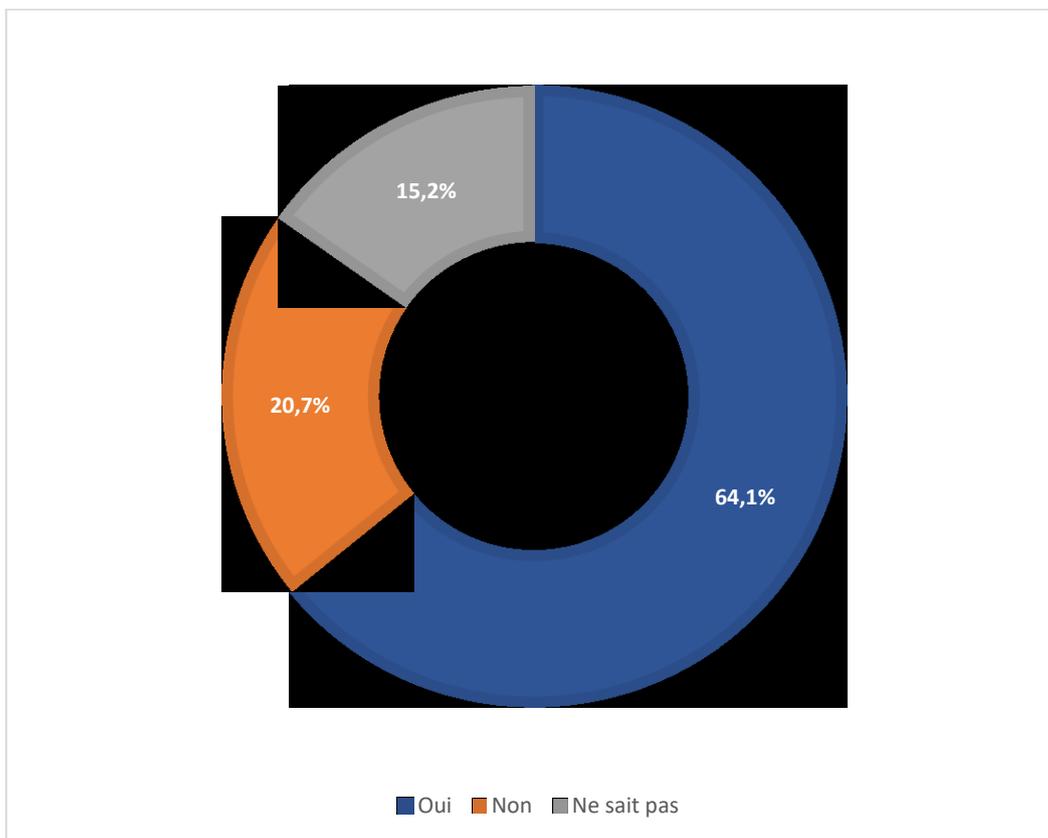


Figure 39. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : se sentent-ils aptes à pratiquer un nouvel acte de télé médecine au sein de leur structure ?

c) Modalités de rémunération de ce nouvel acte de télémedecine (question 27)

- **73,9% des médecins sondés trouvaient les modalités de rémunération importantes pour ce nouvel acte de télémedecine.**
Les médecins pensant le contraire ou étant sans opinion étaient représentés de façon équivalente avec un pourcentage de 13%.

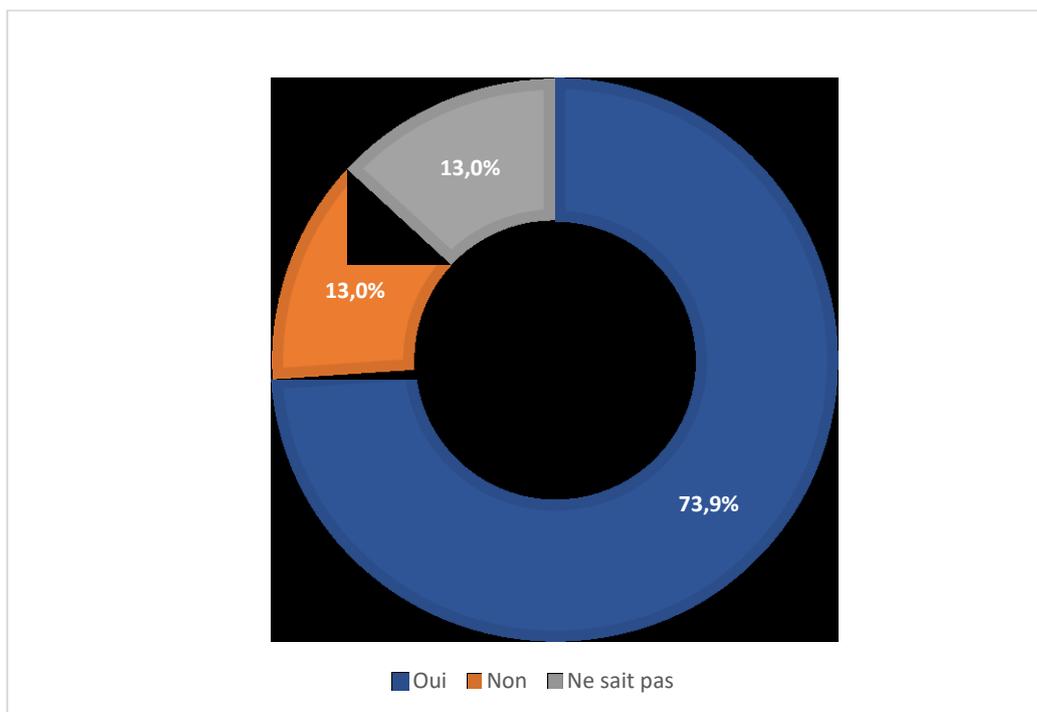


Figure 40. Opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : les modalités de rémunération du nouvel acte de télémedecine leur semblent-elles importantes pour y adhérer ?

3. *Nouvel acte de télémedecine et patients de l'association SOS Médecins Grand Paris (questions 28, 29 et 30)*

a) *Nouvel acte de télémedecine et demande des patients de l'association (question 28)*

- **38% des médecins n'avaient pas l'impression que la mise en place d'un nouvel acte de télémedecine était une demande des patients de l'association.**
32,6% n'avaient pas d'avis et **pour 29,3% c'était une demande.**

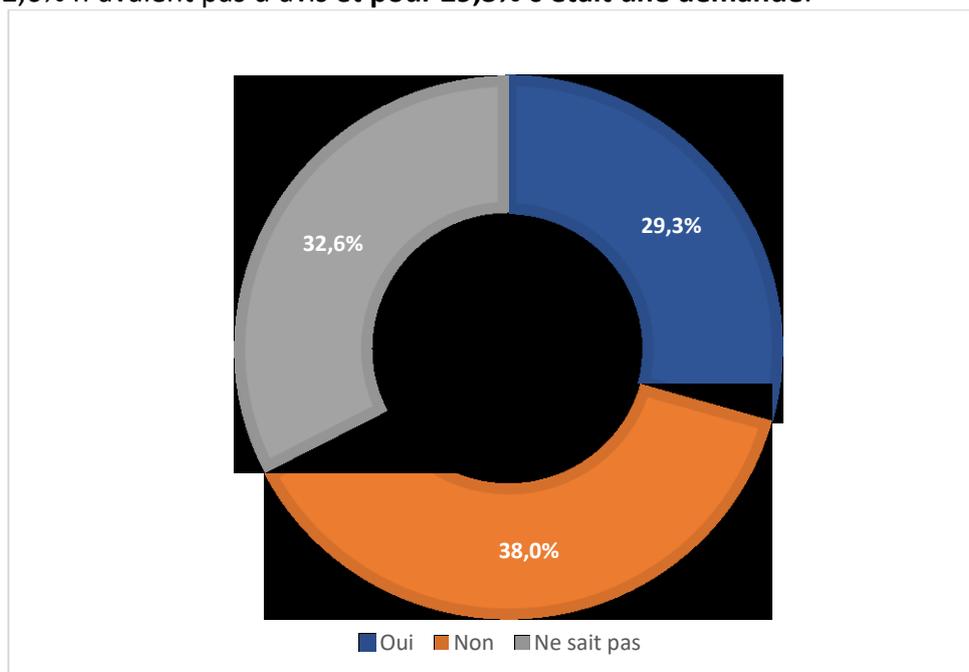


Figure 41. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : la mise en place d'un nouvel acte de télémedecine au sein de leur structure est-elle une demande des patients ?

b) *Bénéfices apportés par ce nouvel acte de télémédecine dans la prise en charge des patients (question 29)*

- **52,2% des médecins interrogés considéraient qu'un nouvel acte de télémédecine au sein de l'association améliorerait la prise en charge des patients.**
28,3% étaient sans avis et 19,6% pensaient le contraire.

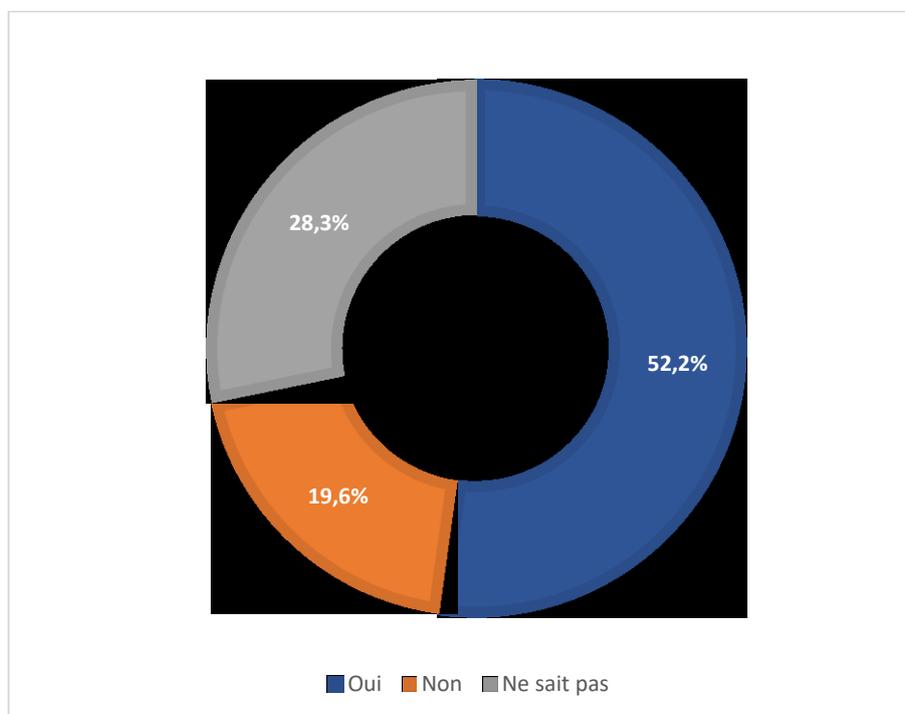


Figure 42. *Opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : la mise en place d'un nouvel acte de télémédecine au sein de leur structure améliorerait-il la prise en charge des patients ?*

- **33 médecins soit 35.9% de notre échantillon avaient laissé un commentaire pour la question 29.**

Selon eux, **les raisons pour lesquelles un nouvel acte de télémédecine pourrait améliorer la prise en charge des patients de l'association SOS Médecins Grand Paris étaient :**

- **Un renforcement de la qualité du service rendu aux patients de l'association**
 - « Meilleure réponse »
 - « [...] meilleur service rendu au patient »
 - « meilleure réponse aux conseils que nous avons du mal à délivrer en totalité et convenablement »
 - « En confortant la régulation téléphonique »
 - « [...] prioriser certaines demandes de patients »
 - « [...] de notre expertise et notre regard "sos" »
- **Un élargissement de la possibilité de donner des conseils médicaux**

« on se déplace souvent pour pas grand chose : certaines situations se gèrent très bien lors des conseils [...] »
« [...] Réponse médicale associé à un conseil simple (paracetamol, antihistaminiques etc) »
« [...] éviter des consultations inutiles prioriser certaines demandes de patients »

- **Un suivi des patients rendu possible**

« [...] recontacter le patient »
« Suivi »
« Améliore le suivi »
« Meilleur suivi Dossier médical »

- **Une coordination des soins et des avis spécialisés rendus possibles**

« Coordination des Medecins d'SOS entre eux »
« possibilités d'avis spécialisés [...] »
« [...] la telemedecine pourrait potentiellement repondre a la demande du patient. (Ex: avis dermatologique) »

- **Une accélération de la vitesse de la réponse aux demandes des patients**

« Accès rapide au medecin »
« accès plus rapide au soins [...] »
« délai de prise en charge »

- **Une disponibilité accrue des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris**

« Permettrait de repondre au plus grand nombre de patients lorsque le nombre de patients est tres important [...] »
« [...] permettre de traiter davantage de patients »
« [...] permettre au patient une consultation si medecin en visite indisponible »
« teleconsultation pour pallier a la penurie de medecin [...] »
« POUVOIR PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS CHEZ QUI ON NE PEUT PAS SE DEPLACER PAR MANQUE D'EFFECTEUR »
« Accès pour les patients lointain voir de l'étranger aux Medecins de sos [...] »
« reponse malgre la baisse de medecin »

- **Un élargissement du périmètre géographique d'activité de l'association SOS Médecins Grand Paris**

« quand certains secteurs sont fermés »
« zone non couverte par SOS »
« Réponse médicale dans les zones où SOS médecins n'est pas présent à certaines heures »

- **Une nouvelle activité de SOS Médecins Grand Paris pour les patients**

« [...] Complément à l'activité de visite à domicile »

- **Une attente des patients de l'association**

« Réponse à l'attente des patients [...] »
« [...] la télémedecine pourrait potentiellement répondre à la demande du patient [...] »

Pour 7 des 33 médecins ayant laissé un commentaire, un nouvel acte de télémedecine au sein de SOS Médecins Grand Paris n'améliorerait pas la prise en charge des patients car :

- **Ce nouvel acte présentait des risques**

« Mais surtout pas la télé consultation avec les risques qu'elle engendre »

- **Il déshumanisait la relation médecin- malade**

« Perte de la relation médecin-malade »
« Manquera toujours l'examen clinique »
« [...] Pas d'examen clinique. J'aime bien voir mes patients physiquement. Parfois, ça me donne une orientation diagnostique. »

- **C'était une perte de temps et de médecins effecteurs**

« Nous manquons déjà d'effecteurs pour effectuer notre mission 7j sur 7 et 24h sur 24 inutile pour nous d'immobiliser x médecins »

- **Une évaluation était encore nécessaire**

« A voir »
« À vérifier sur le terrain! »

c) *Les patients sont-ils mûrs pour ce nouvel acte de télémedecine (question 30)*

- **47,8% des médecins répondants envisageaient que les patients de l'association soient prêts à accepter un nouvel acte de télémédecine.**
12% ne se projetaient pas et 40,2% étaient sans opinion.

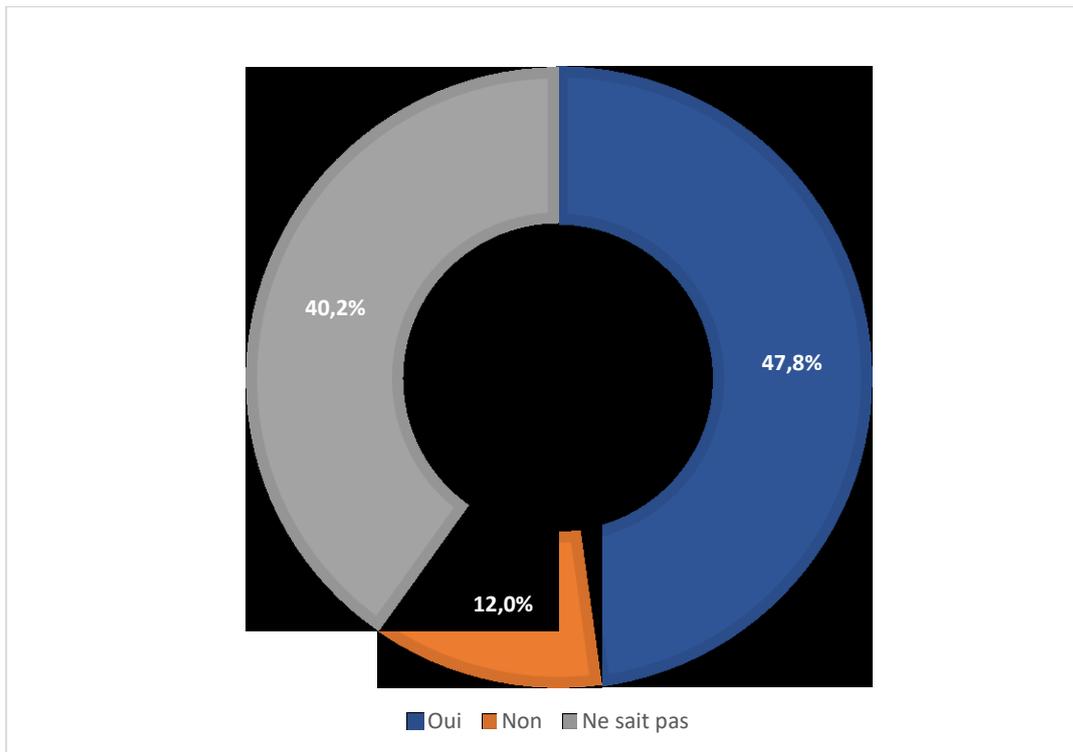


Figure 43. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : les patients de l'association sont-ils prêts à accepter un nouvel acte de télémédecine ?

4. *Nouvel acte de télémedecine et association SOS Médecins Grand Paris (questions 31, 32, 33 et 34)*

a) *Nouvel acte de télémedecine et développement de l'association (question 31)*

- **La majorité des médecins interrogés (59,8%) concevaient qu'intégrer un nouvel acte de télémedecine soit nécessaire au développement de l'association.** 21,7% étaient sans avis sur cette question et 18,5% pensaient le contraire.

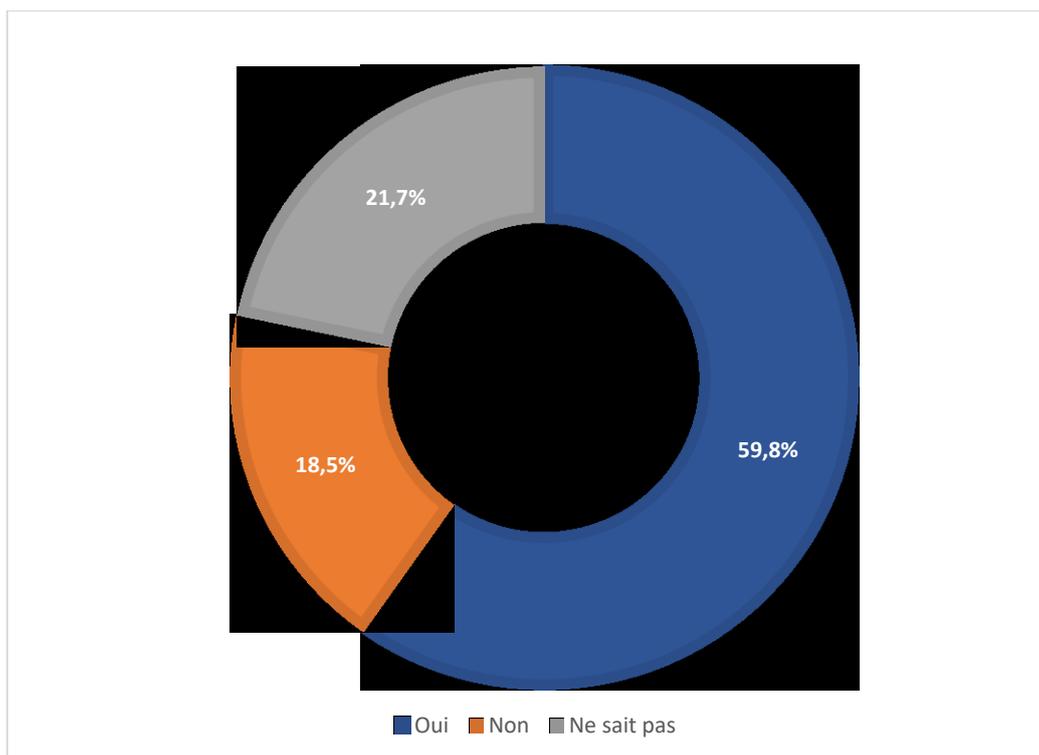


Figure 44. *Opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : l'intégration d'un nouvel acte de télémedecine est-elle nécessaire au développement de l'association ?*

b) *Nouvel acte de télémedecine et moyens organisationnels de l'association (question 32)*

- **Une forte majorité de médecins sondés (70,7%) avait le sentiment que l'association avait les moyens organisationnels pour intégrer ce nouvel acte de télémedecine.** 9,8% pensaient le contraire et le pourcentage de sans opinion était de 19,6%.

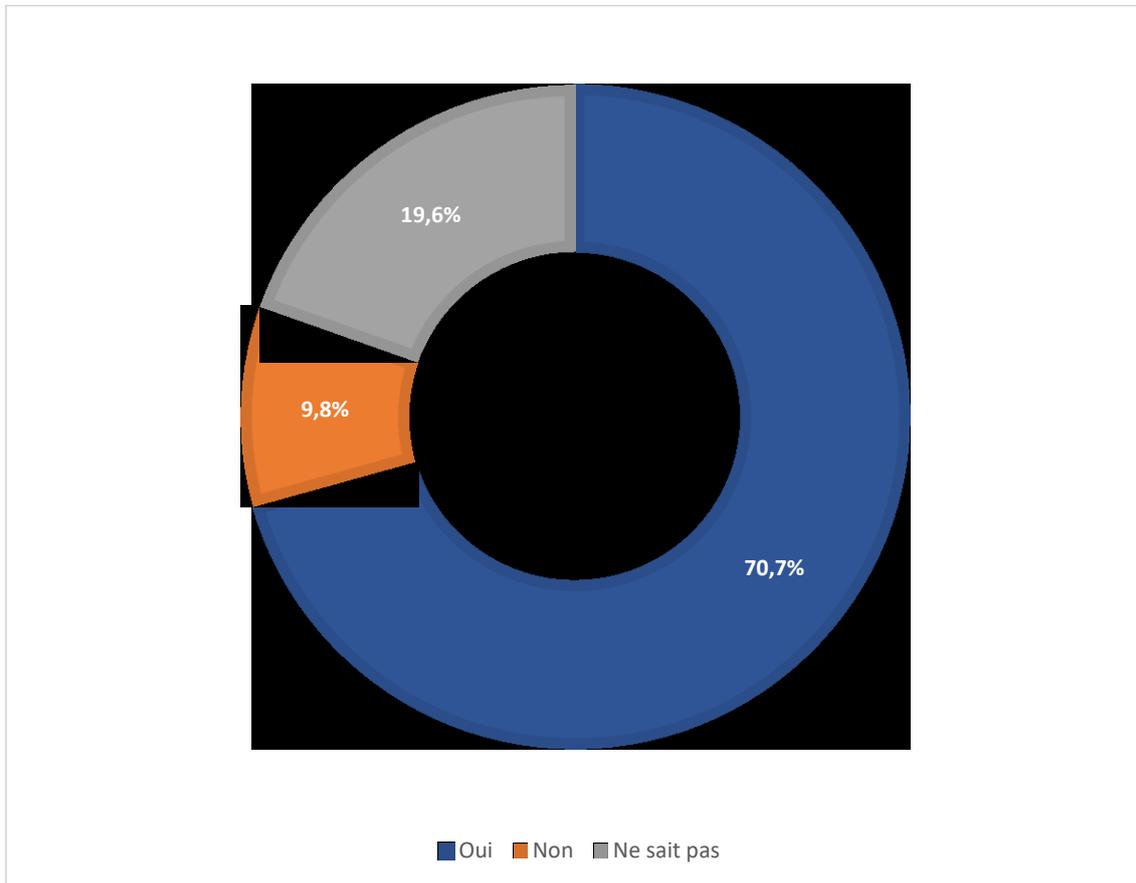


Figure 45. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : l'association a-t-elle les moyens organisationnels pour intégrer un nouvel acte de télémedecine ?

c) *Nouvel acte de télémedecine et efficacité de l'association (question 33)*

- **66,3% des répondants étaient convaincus que la mise en place d'un nouvel acte de télémedecine rendrait l'association plus efficace, 10,9% ne l'étaient pas.**
Un pourcentage de 22,8% de sans opinion persistait.

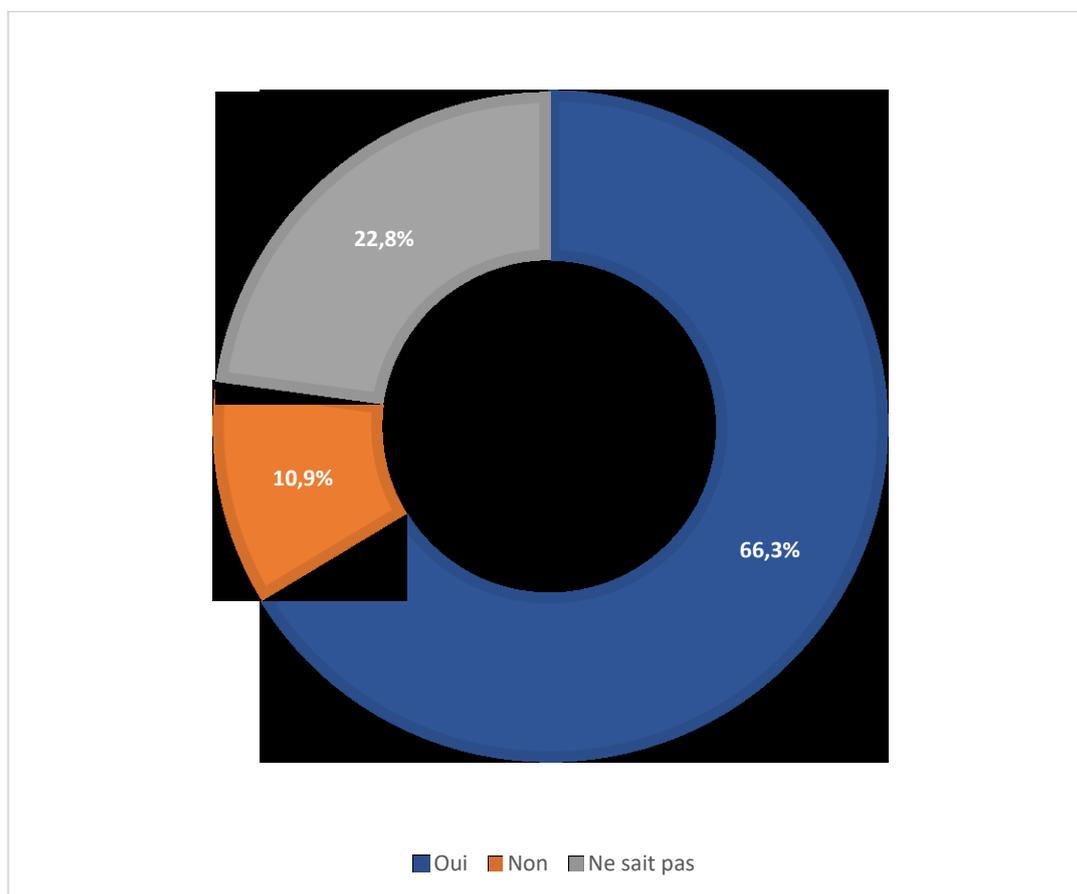


Figure 46. Ressenti des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : l'intégration d'un nouvel acte de télémedecine rendrait-elle l'association plus efficace ?

d) *Nouvel acte de télé médecine et image de l'association (question 34)*

- **Enfin, une forte majorité de médecins (67,4%) trouvait la mise en place d'un nouvel acte de télé médecine important pour l'image de l'association.**
10,9% ne le pensaient pas et le pourcentage de sans opinion se maintenait à 21,7%.

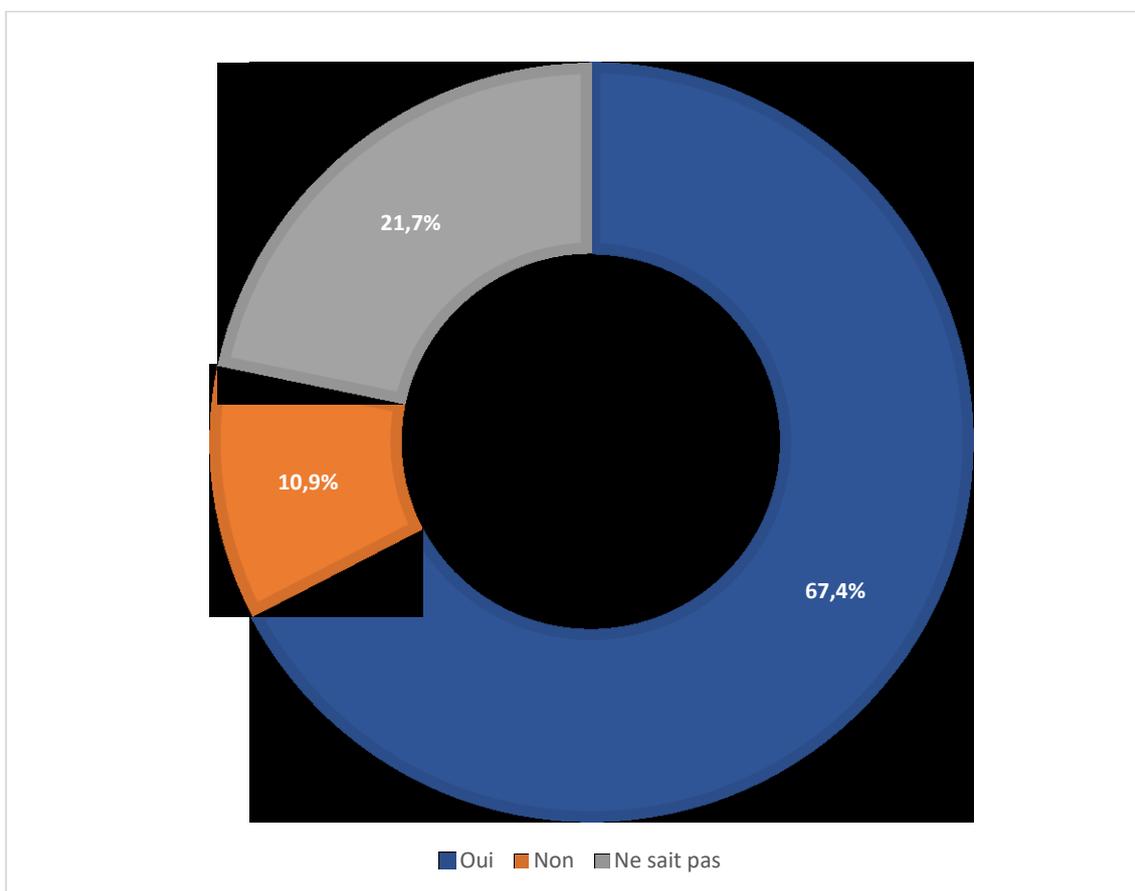


Figure 47. *Opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris : la mise en place d'une nouvelle activité de télé médecine est-elle importante pour l'image de l'association ?*

5. *Nouvel acte de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris et adhésion des médecins de cette structure.*

- **La majorité des médecins interrogés (66,3%) participerait à un projet de télémédecine au sein de l'association, si celui-ci voyait le jour.**
Les pourcentages de médecins contre et sans opinion étaient relativement proches à 16,3% et 17,4%.

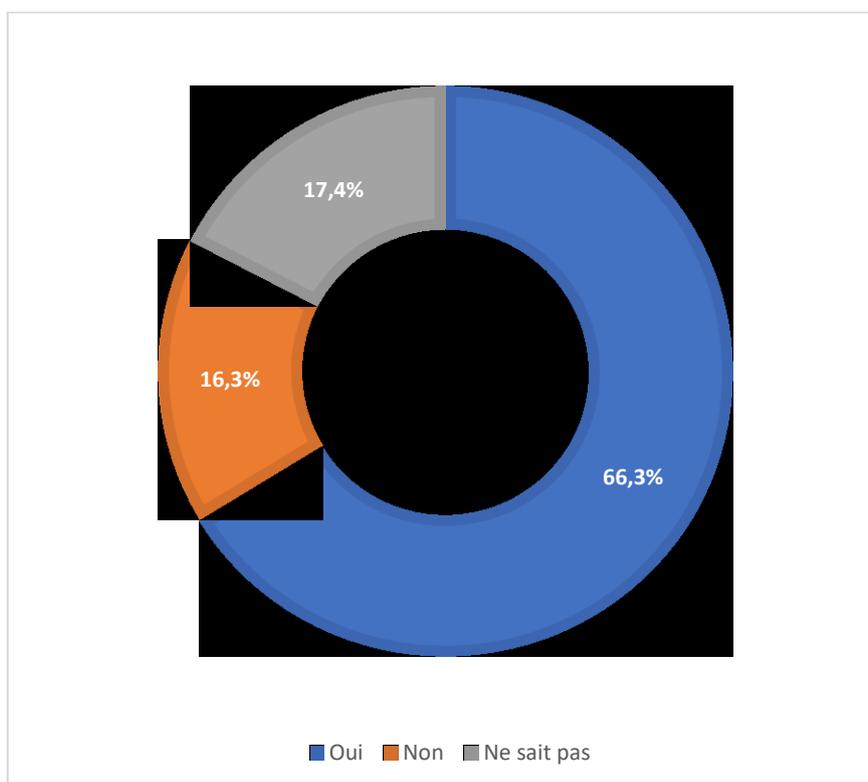


Figure 48. Télémédecine à SOS Médecins Grand Paris : adhésion des médecins de la structure à un projet futur

- **En analyse bivariée :**

Notre étude montrait **une relation significative entre le souhait des médecins de participer à un projet de télémédecine au sein de l'association et les variables qualitatives suivantes (annexe 5, tableaux 4-16) :**

- type de pathologies auxquelles se prêtent la télémédecine (question 19) (**p value = 0,014**) ;
- « La télémédecine doit-elle faire partie intégrante de l'activité d'un médecin » (question 21) (**p value < 0,0001**) ;
- nouvel acte de télémédecine le plus à même d'être exercé au sein de l'association (question 23) (**p value < 0,0001**) ;
- Modalité d'exercice du nouvel acte au sein de l'association (question 24) (**p value < 0,0001**) ;
- « Ce nouvel acte de télémédecine serait-il bénéfique dans votre pratique quotidienne » (question 25) (**p value < 0,0001**) ;

- « Vous sentez-vous apte à pratiquer un nouvel acte de télémédecine » (question 26) (**p value < 0,0001**) ;
- « Les modalités de rémunération (type, montant) de ce nouvel acte de télémédecine vous semblent elles importantes pour y adhérer » (question 27) (**p value = 0,014**) ;
- « La mise en place d'une nouvelle activité de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris améliorerait-elle la prise en charge des patients » (question 29) (**p value < 0,0001**) ;
- « La mise en place d'une nouvelle activité de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris améliorerait-elle la prise en charge des patients (question 30) (**p value = 0,001**) ;
- « Pensez-vous qu'intégrer un nouvel acte de télémédecine soit nécessaire au développement de l'association SOS Médecins Grand Paris » (question 31) (**p value < 0,0001**) ;
- « Pensez-vous que l'association SOS Médecins Grand Paris ait les moyens organisationnels pour intégrer une nouvelle activité de télémédecine » (question 32) (**p value < 0,0001**) ;
- « Selon vous, l'intégration d'un nouvel acte de télémédecine rendrait-elle l'association SOS Médecins Grand Paris plus efficiente » (question 33) (**p value < 0,0001**) ;
- « La mise en place d'une nouvelle activité de télémédecine vous semble-t-elle importante pour l'image de l'association SOS Médecins Grand Paris » (question 34) (**p value < 0,0001**).

Au travers de ces différentes relations significatives retrouvées et des pourcentages de médecins interrogés calculés dans les tableaux de contingences (*annexe 5, tableaux 8-16*), **c'étaient les facteurs structuraux liés à l'association SOS Médecins Grand Paris** (amélioration de l'efficacité et de l'image de l'association, capacité organisationnelle de l'association) **qui influençaient majoritairement plus souvent les médecins à adhérer à un projet de télémédecine au sein de l'association (85,3%)**.

Ensuite on trouvait un facteur lié aux médecins qui était leur aptitude à pratiquer un nouvel acte de télémédecine (83,6%). Puis, avec un pourcentage équivalent (80,3%), la nécessité d'un nouvel acte de télémédecine pour le développement de l'association influençait de façon aussi significative les médecins à adhérer à un projet de télémédecine que ses modalités de rémunération. Enfin les modalités d'exercice de ce nouvel acte (73,8%), les facteurs liés aux patients (amélioration de leur prise en charge, sentiments d'être prêts à ce nouvel acte, respectivement 68,85% et 62,3%) ainsi que l'amélioration de la pratique quotidienne des médecins influençaient significativement par ordre décroissant les médecins à participer à un nouvel acte de télémédecine au sein de leur structure.

Par contre, notre étude ne montrait pas de lien significatif entre le souhait des médecins de participer à un projet de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris et les variables qualitatives suivantes : âge, sexe, statut des médecins, ancienneté dans l'association, activité hebdomadaire, présence de plusieurs activités au sein de l'association ou d'une activité professionnelle extérieure à l'association, sentiment de travailler dans une zone sous dotée en médecins.

Il n'y avait pas non plus de lien significatif avec leur aptitude aux nouvelles technologies, ni avec leur sentiment en ce qui concerne leur information sur la télémédecine ni avec le fait que ce nouvel acte de télémédecine au sein de l'association soit une demande des patients. Enfin, il n'y avait pas non plus de relation significative entre leur souhait à participer à un projet de télémédecine et la nécessité d'une formation pour y prétendre.

V. Discussion

A. Autour de la méthodologie de notre étude, de notre échantillon et de sa représentativité

1. Choix d'une étude quantitative

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative car elle permet un recueil d'informations et une analyse précise auprès d'un grand nombre de personnes. D'autres thèses sur ce même thème de la télémédecine ont souvent été des études qualitatives réalisées sur de petits échantillons allant d'une dizaine à une vingtaine de médecins. De plus, compte tenu de l'activité décalée et continue 24 heures sur 24 des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris, il nous a paru difficile de réaliser une étude qualitative sous la forme de focus group.

Permettant d'interroger une population plus large, une étude quantitative nous donne une vision plus globale des opinions et de la motivation des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris sur la télémédecine et son intégration au sein de leur structure de soins.

Le choix des questions fermées s'est imposé : elles permettent une collecte plus facile et plus rapide des réponses et simplifient l'analyse des données de l'étude. Même si leur utilisation entraîne une perte de précision et de nuances, leur avantage est la possibilité de réaliser plus aisément des analyses statistiques et des comparaisons avec d'autres études si elles existent.

En effet, suite au pré-test du questionnaire et au retour des médecins, il nous a semblé judicieux de favoriser les questions fermées car cela augmenterait probablement le taux de réponse au questionnaire.

Les deux questions avec commentaires libres (questions 25 et 29) ont laissé la possibilité aux médecins de s'exprimer et ainsi d'argumenter sur l'apport de la télémédecine au sein de leur structure de soins non programmés. L'analyse des verbatims effectuée reste simple mais nous apporte des éléments importants pour la discussion.

2. Le questionnaire et le formulaire SurveyMonkey®

Bien que nous ayons estimé, suite au pré-test, le temps de remplissage à quinze minutes, le nombre de questions (trente-cinq) ainsi que le nombre de pages (cinq) du formulaire SurveyMonkey® ont pu inciter les médecins à suspendre leur participation car au premier abord notre questionnaire pouvait paraître long à compléter. C'est probablement ce qui explique que neuf médecins ayant ouvert le formulaire ne l'aient pas rempli intégralement.

Suite aux diverses modifications consécutives au pré-test, notre questionnaire aurait pu être réévalué par d'autres médecins ce qui aurait permis de l'améliorer davantage en le rendant plus incitatif.

Nous avons décidé de ne pas refaire tester le questionnaire car cela aurait encore diminué l'effectif de notre population source si des modifications avaient été nécessaires.

Il est à noter que le site internet SurveyMonkey® au travers de son analyse en temps réel nous informe que **la durée moyenne de réponse à notre formulaire est de huit minutes et trente-neuf secondes, soit bien inférieure à notre estimation**. Ce temps de réponse est dans la moyenne de ce que l'on peut trouver dans la littérature scientifique pour des études quantitatives.

De plus, sur un des verbatims de réponse à la question 29, un des médecins a écrit ce commentaire :

« [...] Le questionnaire souffre de pas mal d'imperfections (questions fermées directives, questions ouvertes sans possibilité de mettre un commentaire sous le vocable "autre", O/N/NSP posent problème quand on sait très bien que l'on veut dire pourquoi la réponse n'est ni oui ni non, etc.) Ex : question 30 »

Lors de notre pré-test, seulement un des médecins testeurs nous a proposé de mettre un item « autre » avec commentaires libres au niveau des questions concernant les avantages et les inconvénients de la télémédecine. D'autres testeurs nous ont plutôt conseillé de limiter le plus possible les commentaires libres. Nous avons donc décidé de limiter les commentaires libres au sein de notre questionnaire pour essayer d'avoir le meilleur taux de réponse possible. Par ailleurs, sur les 92 médecins ayant répondu intégralement à notre questionnaire, 33 seulement (question 29) ont laissé un commentaire libre. Ceci laisse donc supposer que si on avait mis plus de commentaires libres dans notre questionnaire, on n'aurait probablement pas eu plus de réponses ni plus d'idées émanant de ces réponses.

De même, aucun des retours des médecins testeurs ne précisait que nos questions étaient trop directives ou manquaient de pertinence. Nous aurions peut-être dû, là encore, le faire évaluer par un plus grand nombre de testeurs ce qui aurait probablement amélioré sa qualité.

Enfin, il est apparu lors de l'analyse des réponses que les choix de réponse (type, modalité) de la question 19 : « Selon vous, à quels types de pathologies la télémédecine se prête-t-elle ? » n'étaient probablement pas adaptés.

En effet, un des médecins sondés a probablement par erreur, répondu « pathologies chroniques » et « ne sait pas » ce qui n'a pas permis une analyse et nous a obligé à ne pas compter sa réponse pour cette question.

Cette question aurait dû être à choix unique et non multiples avec les items suivants « pathologies aiguës » « pathologies chroniques » « Pathologies aiguës et chroniques » « ne sait pas ».

3. *La participation*

a) *Taux de réponse*

Le taux de réponse de 51,7% de notre étude peut être considéré comme très satisfaisant pour une enquête de ce type.

En effet, en comparaison avec d'autres études quantitatives sur le même thème dans d'autres régions, notre taux de réponse est même très supérieur. Ces études avaient reçu 46,1% et 8,8% de réponses [78 ; 9].

La première étude [78] était relativement comparable car l'effectif de sa population source était identique (178 médecins) mais le questionnaire était envoyé par courrier postal. Pour la deuxième étude [9], il fallait relativiser la comparaison car sa population source était beaucoup plus importante (34321 médecins) et composée de médecins généralistes et spécialistes libéraux. De plus, le recueil des questionnaires avait été marqué par des problèmes techniques faussant probablement le taux de réponse du thésard.

Dans la littérature scientifique, nous n'avons pas trouvé d'étude quantitative ayant comme population source les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris. La seule étude quantitative retrouvée évaluait la composition de la trousse médicale d'urgence de l'ensemble des médecins des associations SOS Médecins en France en 2014 [79]. Il est donc difficile de comparer notre travail à cette étude d'autant plus que les médecins remplaçants étaient exclus de ce travail.

Cette étude avait eu un taux de réponse global de 16%, soit très inférieur au nôtre. En s'intéressant plus précisément aux résultats de cette étude, 59 médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris avaient répondu à ce questionnaire ce qui est inférieur à nos 92 réponses complètes. On ne peut donc être que satisfait de ce taux de réponse à notre étude.

b) *Obstacle*

Un des facteurs ayant pu jouer sur le taux de participation des médecins est la période à laquelle le formulaire a été mis en ligne. En effet, nous l'avons mis en ligne le 19 juillet 2017, c'est-à-dire en pleine période de vacances scolaires d'été et de chassé-croisé des médecins.

C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons décidé de prolonger cette étude de quinze jours, c'est-à-dire jusqu'au 1 septembre 2017 à minuit.

Nous aurions souhaité mettre en ligne ce formulaire mi-juin, mais suite au retour des médecins lors du pré-test, un temps nécessaire de modifications et d'améliorations a retardé cette échéance.

c) *Facilités*

Nous avons décidé de mettre en place un questionnaire sous la forme d'un formulaire en ligne SurveyMonkey® car c'est une méthode de plus en plus utilisée pour les études quantitatives. Comme les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris utilisent à titre professionnel de façon importante le courriel ainsi que leur smartphone, **ce formulaire pouvant être complété en ligne, à n'importe quelle heure du jour comme de la nuit et sur**

smartphone, a simplifié leur approche au questionnaire et probablement augmenté notre taux de réponse.

Le courriel de recrutement pour notre étude a été envoyé sur la liste de diffusion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris par l'intermédiaire de l'adresse de courriel professionnel de mon directeur de thèse, le Docteur Philippe Nin. Or il s'avère qu'il est aussi un des directeurs de l'association SOS Médecins Grand Paris. On peut imaginer que c'est un des facteurs ayant pu entraîner un taux de réponse supérieur aux autres études sus-citées [x ; x]. Mais n'ayant pas de courriel professionnel au sein de l'association, il m'était impossible d'envoyer le courriel de recrutement sur la liste de diffusion des médecins de l'association depuis un courriel public.

De même, nous avons décidé de relancer par courriel les médecins environ tous les quinze jours (*Annexe 3*). Dans une des deux études sus-citées sur la télémédecine [9], l'investigatrice a relancé par téléphone les médecins non répondants en fin d'étude et a prolongé de quinze jours son étude. **Ces courriels de relance ont pu être un autre facteur améliorant le taux de réponse à notre étude.** Ces relances nous ont paru nécessaires pour que notre taux de réponse soit suffisant pour une analyse correcte.

4. *Les biais possibles de notre étude*

a) *Biais de sélection*

Le questionnaire étant basé sur du volontariat, on ne peut sous-estimer le fait que les médecins ayant répondu soient les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris les plus intéressés par le sujet de la télémédecine entraînant **un biais de refus de participation**, biais très fréquent dans toute étude observationnelle transversale.

De plus, sur le courriel de recrutement étaient précisés le thème et les modalités de l'étude ce qui a probablement renforcé ce biais mais était nécessaire au bon déroulement de notre étude.

Par ailleurs, un des médecins ayant répondu au questionnaire m'a contacté par courriel car il était intéressé par l'analyse et la conclusion de cette étude, ce qui confirme bien que ce biais puisse exister.

En dépit de ce biais de sélection, le taux de réponse de 51,7% nous permet de limiter relativement son impact sur notre étude.

Malheureusement, compte tenu de notre méthode et de l'anonymat du formulaire SurveyMonkey®, il n'était pas possible de comparer les médecins répondants et les non-répondants pour savoir si notre échantillon était réellement aléatoire.

b) *Biais d'information*

Nous avons décidé pour cette étude observationnelle transversale descriptive de réaliser un questionnaire mis en ligne sous la forme d'un formulaire SurveyMonkey®.

Les participants ont répondu à ce formulaire et compte tenu de cette modalité, on ne peut éliminer des **omissions volontaires, voire certaines mauvaises compréhensions du questionnaire ce qui est à l'origine d'un biais de déclaration.**

Lors de notre étude, nous avons essayé le plus possible de pallier ce biais en rendant notre formulaire anonyme ce qui a renforcé le caractère confidentiel de cette étude.

c) *Biais d'interprétation*

Lors de la clôture de notre formulaire en ligne, 101 médecins l'avaient ouvert. 101 médecins avaient répondu à la première partie de notre questionnaire, 94 à la première et à la deuxième partie et enfin 92 à l'intégralité de notre questionnaire. **Suite à cette constatation, nous avons décidé de ne prendre en compte que les 92 formulaires intégralement remplis.** En effet, dans notre étude, nous avons réalisé un certain nombre d'analyses bivariées entre des variables de la deuxième et troisième partie de notre questionnaire et des variables soit de la première partie soit de la deuxième partie de ce questionnaire. C'est pour cette raison que nous n'avons pas conservé les formulaires partiellement remplis car cela ne nous a pas paru cohérent pour ces analyses. Cette situation ne nous a pas non plus paru cohérente pour les analyses univariées réalisées sur l'intégralité du questionnaire.

De même, l'objectif secondaire de notre étude étant dépendant des réponses à la question 35 de notre questionnaire, il ne nous a pas semblé pertinent de conserver les formulaires incomplets pour cette question.

Cette décision a aussi été prise car le nombre de formulaires intégralement remplis (92) nous a paru satisfaisant et représentatif des 101 formulaires ouverts, les neuf formulaires non comptabilisés ne représentaient que 8.9% de l'ensemble.

Cependant, nous sommes tout à fait conscients de la perte de données lors de l'analyse consécutive à ce choix, ce qui est à l'origine d'un biais d'interprétation, ce biais restant tout de même acceptable.

5. *Echantillon et représentativité*

La fédération SOS Médecins France couvre environ 60% du territoire national et est constituée de 63 associations avec environ 1200 médecins en son sein, elle est donc la structure de soins non programmés la plus importante de France. L'association SOS Médecins Grand Paris est la plus grande association au sein de la fédération SOS Médecins France. Il nous a donc semblé opportun de choisir cette association pour réaliser notre étude comme étant la plus représentative des structures de soins non programmés en France.

Compte tenu de notre taux de réponse relativement élevé de 51,7%, il nous a semblé que notre échantillon était représentatif de notre population source, c'est à dire des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris.

Cependant malgré notre choix de réduire le plus possible les commentaires libres, nous n'avons obtenu que 33 verbatims à la partie qualitative de notre questionnaire, c'est-à-dire que seulement 35.9% des médecins de notre échantillon se sont exprimés. Cette partie qualitative paraît être moins représentative que le reste de notre étude.

Lors de notre étude, l'âge moyen des médecins de notre échantillon était de 49,9 ans. Les femmes avaient en moyenne 38,6 ans et les hommes 52,5 ans. 32,6% des répondants avaient soit plus de 60 ans et soit moins de 40 ans. 81,5% étaient des hommes et 18,5% des femmes.

Dans notre échantillon les médecins actifs réguliers avaient en moyenne 51,6 ans, les femmes actives régulières 40,1 ans et les hommes 53,9 ans.

Les médecins actifs réguliers étaient à 83.3% des hommes et à 16.7% des femmes.

23.9% des médecins actifs réguliers avaient moins de 40 ans et 32.6% avaient plus de 60 ans.

Malgré de multiples recherches, il n'existe pas à l'heure actuelle de classification par âge et genre des médecins des structures de soins non programmés que ce soit en France ou au sein même de la fédération SOS Médecins France ni même au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris. Il serait très intéressant de réaliser une pyramide des âges au sein de la fédération SOS Médecins France ce qui permettrait de mieux évaluer la représentativité des études qui peuvent être en cours ou réalisées au sein de cette fédération et de ses associations.

Nous avons tout de même essayé d'évaluer la représentativité de notre échantillon vis-à-vis de la population des médecins généralistes de France en activité régulière. En effet les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris ainsi que des structures de soins non programmés sont tous des médecins généralistes libéraux à l'heure actuelle. Pour cela, nous avons utilisé l'atlas 2017 de la démographie médicale de France publié par le CNOM sur son site internet [77].

Selon ce document, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière en France est de 51,7 ans, les hommes ayant en moyenne 54 ans et les femmes 49 ans. 17% de ces médecins ont moins de 40 ans et 28% plus de 60 ans. La part des hommes est de 53% et celle des femmes de 47%.

Ce que l'on met en évidence, c'est que l'âge moyen des médecins de notre échantillon est représentatif des médecins généralistes de France. On remarque tout de même une répartition par classe d'âge différente et un échantillon moins féminisé.

In fine, choisir les médecins de SOS Médecins Grand Paris comme population source nous a paru être le meilleur choix pour étudier les structures de soins non programmés en France. Notre échantillon nous semble représentatif de ces structures mais son évaluation réelle à l'heure actuelle reste difficile faute de données. En effet, une évaluation socio-démographique au sein de la fédération SOS Médecins France ou au sein de l'ensemble des structures de soins non programmés nous paraît inévitable avant de mettre en place de nouveaux travaux de recherche à leur sujet.

6. *Analyse des résultats*

Lors de l'analyse des résultats, nous aurions dû être assistés par une biostatisticienne. Pour des raisons diverses, cela n'a pas été possible ce qui a entraîné un allongement de cette analyse, faute d'expérience, et nous a fait perdre un temps précieux.

En ce qui concerne les résultats univariés, le taux de réponse obtenu de 51,7% nous permet de penser qu'ils sont représentatifs de la réalité.

Pour les résultats bivariés, à part pour la question 35, nous n'avons trouvé que peu de liens statistiques significatifs. Par exemple, alors que 62% des médecins de notre échantillon ne se sentent pas assez informés sur la télémédecine, il n'existe pas de lien entre cette carence en

information des médecins et les bénéfices ressentis de la télémédecine pour leur pratique quotidienne ou pour la prise en charge des patients (questions 25 et 29). Ceci peut s'expliquer par un échantillon trop petit et par des possibilités de réponse trop nombreuses à chaque question entraînant une répartition trop importante de la population.

B. Autour des résultats de notre étude

1. Opinions des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris vis-à-vis de la télémédecine

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris en ce qui concerne la télémédecine. **La première chose que nous pouvons dire est que plus de la moitié des médecins interrogés (64,1%) se sentent aptes à pratiquer la télémédecine et que près de 66.3% des sondés sont prêts à adhérer à un projet de télémédecine si celui-ci voyait le jour au sein de leur structure de soins non programmés.**

Mais quelle est leur analyse de la télémédecine en 2017 ?

a) Des avantages certains

Lors de notre étude, nous avons demandé aux médecins quels étaient selon eux les trois principaux avantages de la télémédecine.

La limitation des déplacements (71,7%), le fait qu'elle soit un remède à la désertification médicale (69,6%) et qu'elle raccourcisse les délais d'attente (52,2%) ont été plébiscités par les médecins sondés.

Le deuxième avantage est très intéressant car la majorité des médecins interrogés ont, en plus, le sentiment de travailler dans une zone sous dotée en médecins (63%). C'est d'ailleurs ce que reflète l'atlas de la démographie médicale de 2017 publié par le CNOM où l'Île-de-France est la troisième région de France où la densité médicale a le plus chuté en 10 ans (8,1% entre 2007 et 2017), les deux premières étant la Corse et l'Occitanie. De même sur la ville de Paris, toujours selon cet atlas de la démographie médicale, il y a eu entre 2010 et 2017 une chute de 25% des effectifs des médecins spécialisés en médecine générale [77].

La majorité des études récentes réalisées sur la télémédecine l'ont été en milieu rural, comme la thèse de Mme Didier Melody qui évalue l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain sur la téléconsultation en 2015 [9]. Dans cette thèse, où 48,8% des médecins de son échantillon travaillaient en milieu rural, le fait que la téléconsultation soit un moyen de lutter contre les déserts médicaux était le dernier avantage plébiscité par les médecins de son échantillon (36,6%). 45,1% des médecins ne considéraient même pas la téléconsultation comme un moyen de lutter contre les déserts médicaux. Dans notre étude, on peut remarquer un changement de point de vue des médecins interrogés alors qu'ils exercent en milieu très urbanisé. Un commentaire d'un des médecins le confirme : « réponse malgré la baisse de médecin ». Il faut tout de même nuancer cette opinion car nous n'avons pas montré de lien statistique significatif entre l'adhésion à un projet de télémédecine au sein de leur structure de soins non programmés (question 35) et le travail en zone sous dotée en médecins (question 8).

De plus, renforcer l'accès territorial aux soins est un des objectifs de notre nouveau gouvernement c'est-à-dire mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les

distances et inscrire la télémédecine dans le droit commun en 2018. Le but final étant d'équiper tous les EHPAD et toutes les zones sous-denses d'ici 2020 d'un matériel permettant la téléconsultation afin d'éviter les hospitalisations inutiles et améliorer la qualité du suivi des patients résidents [80].

Ces trois principaux avantages de la télémédecine choisis par les médecins de notre échantillon sont des avantages que l'on retrouve très souvent dans la littérature scientifique [34, 81] cependant comparés aux autres avantages proposés dans notre questionnaire, ils paraissent être plus centrés sur les problématiques rencontrées fréquemment par les médecins de notre échantillon. En effet, les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris font majoritairement de la visite à domicile et il est sensé de penser que la télémédecine permettrait de répondre plus rapidement au plus grand nombre de patients lorsque l'affluence des patients est très importante, par exemple en période d'épidémie. C'est d'ailleurs le commentaire d'un des médecins : « Permettrait de répondre au plus grand nombre de patients lorsque le nombre de patients est très important [...] »

D'autres avantages nous ont été précisés dans les commentaires libres comme la diversification de l'activité médicale, la possibilité d'un suivi à la suite d'une visite à domicile, mais aussi un renforcement de la coordination des soins soit entre plusieurs médecins de la structure SOS Médecins soit pour obtenir un avis auprès d'un confrère spécialiste. De plus, la télémédecine permettrait, selon eux, de renforcer l'activité de conseils médical de l'association.

Tous ces avantages concourent à une probable amélioration des conditions et de la qualité du travail des médecins au sein de leur structure de soins non programmés.

Enfin, pour les médecins de notre échantillon, **la télémédecine serait une manière d'améliorer le service rendu aux patients**, par exemple en augmentant la disponibilité des médecins et en élargissant leur zone géographique d'activité. La télémédecine autoriserait aussi, selon eux, la prise en charge de pathologies moins aiguës. En effet, en analyse bivariée, on montrait que les médecins adhéreraient de préférence à un projet de télémédecine au sein de leur association parce qu'ils ont le sentiment que la télémédecine se prête aussi bien aux pathologies aiguës que chroniques (*annexe 5, tableau 4*). La télémédecine permettrait aussi la mise en place d'un suivi des patients après une visite à domicile (retour d'informations).

b) Mais des inconvénients persistent

Malgré le fait que la majorité des médecins de notre échantillon soient prêts à participer à un projet de télémédecine, des freins et des craintes demeurent.

(1) Un manque d'information des médecins

Ce que l'on met en évidence dans notre étude c'est que 62% des médecins interrogés ne se sentaient pas assez informés en ce qui concerne la télémédecine.

On voit même que 15,2% d'entre eux ne connaissent aucun acte de télémédecine alors qu'ils pratiquent déjà la régulation médicale. De même, la télé-expertise est l'acte de télémédecine le moins connu par les médecins (13%) alors qu'ils la pratiquent lorsqu'ils

demandent un avis à un confrère par téléphone ou envoient par courriel un électrocardiogramme à un cardiologue pour préciser leur diagnostic.

Ce manque d'information des médecins explique sans doute en partie qu'il est compliqué pour eux de trancher sur la problématique suivante : la télémédecine doit-elle respecter le parcours de soins du patient (oui : 34,8% ; non : 31,5% ; ne sait pas : 33,7%).

Cependant, 54,3% d'entre eux savaient que des projets de télémédecine se développaient en secteur libéral en Ile-de-France mais seulement 34,8% avaient connaissance que d'autres se développaient en secteur hospitalier. C'est une constatation assez paradoxale car à l'heure actuelle, la majorité des projets de télémédecine se développent en secteur hospitalier, c'est d'ailleurs ce que révélait « le bilan des PRT et du recensement des projets télémédecine 2013 » publié début 2013 par la DGOS ou seulement 30% des projets de télémédecine impliquaient le secteur ambulatoire [4].

En dépit du désir du gouvernement et des ARS de développer la télémédecine sur le territoire national avec les lois de financement de la sécurité sociale de 2017 et bientôt de 2018, on ne connaît pas l'état actuel du déploiement des usages de la télémédecine en France. En effet, la dernière enquête de la DGOS remonte à 2012 et depuis 5 ans, **il n'y a aucune autre donnée nationale disponible sur le suivi de la mise en œuvre des activités de télémédecine sur le territoire. C'est peut-être là une des raisons de ce manque d'information des médecins.**

La majorité de notre échantillon (87%) ne connaissait pas l'avenant à la convention médicale de 2016 concernant la télémédecine et seulement 6,5% des sondés pensaient que la législation actuelle encadrant la télémédecine permettait son développement en médecine libérale ; le reste de notre échantillon ne sachant pas ou pensant le contraire. **Ce sont les fondements de l'exercice actuel et futur de la télémédecine dans le cadre conventionnel qui ne sont pas connus par les médecins de notre échantillon.**

En dépit de ce manque d'information retrouvé dans notre échantillon une amélioration peut tout de même être observée car les médecins de l'échantillon de la thèse de Mme Didier ne se sentaient à 89% pas assez informés en ce qui concerne la téléconsultation [78].

Toutefois presque deux tiers de notre échantillon (57,6%) connaissaient des prestations médicales téléphoniques ou informatiques assimilées à de la télémédecine comme probablement le télé-conseil personnalisé. Cela est probablement dû au nombre de publications réalisées par ces structures comme par exemple l'étude « E-santé : usages et attentes des Français » réalisée par l'institut BVA pour ZAVA (Entreprise anglaise réalisant des consultations médicales en ligne) en juin 2017 [82] ou aux campagnes de publicité radiotélévisées réalisées par ces structures. De même, un grand nombre d'assurances (Axa, EOVI MCD mutuelle...) se mettent à proposer ces prestations à leurs assurés. En analyse bivariable, on ne montrait pas de lien entre l'adhésion des médecins à un projet de télémédecine au sein de leur association et ces prestations, ce qui laisse supposer qu'ils n'assimilent pas ces prestations à la télémédecine qu'ils veulent voir se développer au sein de leur association. **C'est probablement un manque de communication adaptée de la part de nos institutions vis à vis de la télémédecine qui joue un rôle majeur dans cette carence d'information des médecins.**

C'est pour cette raison que le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Dr Patrick Bouet, a rappelé lors du troisième congrès de l'Ordre des Médecins en 2017 que l'Etat devait jouer pleinement son rôle de régulateur des offres numériques en santé, dans le respect des principes éthiques et déontologiques [83].

(2) Une nécessité de formation

L'institut Ipsos et l'ASIP Santé se sont associés pour réaliser une grande enquête auprès des professionnels de santé sur leur rapport aux technologies numériques en janvier 2017. Cette enquête montre que seulement 16% des médecins se sentent très bien formés à utiliser des technologies numériques dans les échanges avec leurs confrères [84].

Dans notre étude, 75% des médecins considéraient qu'une formation était nécessaire pour pratiquer la télémédecine.

C'est d'ailleurs une des nombreuses propositions qu'avaient émis Pierre Simon et Dominique Acker dans le rapport de 2008 sur « la place de la télémédecine dans l'organisation des soins » [34]. C'est aussi cette formation des professionnels de santé à la santé connectée et à la télémédecine qui a été demandée par le CNOM, la SFT et les Fédérations hospitalières (FHF, FHP et FEHAP) et UNICANCER au gouvernement lors des discussions et de la construction du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018 (PLFSS 2018) [85].

En France actuellement, il n'existe que deux formations à la télémédecine, la première étant un diplôme interuniversitaire (DIU) organisé par la faculté de médecine de Bordeaux en collaboration avec d'autres universités de France (Besançon, Lille...) dont le but est d'apporter aux participants la connaissance nécessaire à la mise en place d'un projet de télémédecine au sein d'un établissement ou dans le cadre d'une activité libérale [86]. Ce DIU a été créé avec l'aide de la SFT et a été inauguré lors de la dernière rentrée universitaire. La seconde, est un diplôme universitaire (DU) sur l'e-santé qui a accueilli ses premiers étudiants dès la rentrée de septembre 2016 à l'université Paris-Descartes. Ce DU a pour objectif de faire assimiler aux étudiants le cadre légal et déontologique entourant la e-santé et la médecine connectée, les recommandations du CNOM, les enjeux sociétaux et économiques de la e-santé (parcours de soins, applications médicales, télémédecine) [87]. Dans la même optique, il sera rejoint en janvier 2018 à l'université de Caen Normandie (Unicaen) par un nouveau diplôme universitaire (DU) sur l'e-santé, l'objectif de ce DU étant de répondre aux attentes des professionnels de santé, des ingénieurs et industriels et des dirigeants et cadres de structures de soins, face au développement de l'e-santé [88]. Compte tenu de la vision de notre gouvernement actuel vis-à-vis de la télémédecine et de l'importance pour les médecins à se sentir compétents, on peut imaginer dans l'avenir des modules de formation à la télémédecine au sein des cursus de nos étudiants en médecine.

(3) Un sentiment de déshumanisation de la relation médecin-malade et d'un examen médical incomplet

Selon les médecins interrogés, les deux principaux freins de la télémédecine étaient qu'elle ne permettait pas de réaliser un examen médical complet (93,5%) et qu'elle entraînait un sentiment de déshumanisation de la relation médecin-malade (68,5%).

En ce qui concerne la déshumanisation de la relation médecin-malade, c'est une donnée que l'on retrouve dans l'étude récente Ipsos/ ASIP santé où 71% des professionnels de santé sondés le pensent [déjà cité].

Il est certes vrai que la télémedecine ne permet pas à l'heure actuelle de réaliser un examen médical complet et bien que certains outils, tels que les cabines de télémedecine, permettent de s'en approcher, il manque tout de même le ressenti direct du médecin en présence de son patient. C'est d'ailleurs plusieurs commentaires libres des médecins de notre échantillon :

« [...] . Pas d'examen clinique. J'aime bien voir mes patients physiquement. Parfois, ça me donne une orientation diagnostique. »

« Manquera toujours l'examen clinique »

Ces différents freins sociologiques sont déjà décrits dans le rapport « la place de la télémedecine dans l'organisation des soins » publié en 2008 [34]. Malgré les neuf années écoulées, **il semblerait que ces questionnements sur la télémedecine soient toujours d'actualité et créent une crainte persistante pour les médecins.**

Ces deux principaux inconvénients sont aussi ceux que citent fréquemment les patients lors d'études les concernant sur la télémedecine comme lors de celle réalisée par la mutuelle Intériale [6].

Ces inconvénients sont peut-être encore dus à un manque d'information des médecins sur la télémedecine ou un manque de compromis faits par les médecins pour le besoin des patients en matière de santé publique. En effet, comme le précisait le CNOM dans son vademecum sur la télémedecine de 2014 [49], « Il n'est nul besoin de télémedecine en redondance de ce qui existe déjà, mais de télémedecine d'appoint correspondant aux besoins d'accès aux soins ».

Il est donc nécessaire de faire des compromis pour le bien-être et l'amélioration de la prise en charge des patients, la télémedecine étant une alternative aux soins classiques lorsque la situation le nécessite.

De plus, l'évolution des TIC permettront probablement dans un futur proche une amélioration des possibilités d'examen cliniques réalisés par télémedecine, les rapprochant le plus possible d'un examen clinique médical en cabinet ou en visite au domicile du patient.

(4) Une rémunération de l'acte de télémedecine pas encore bien définie

Le troisième inconvénient, le plus cité par les médecins de notre échantillon, était l'absence de modalité de rémunération bien définie pour la télémedecine (46,7%).

Il est vrai qu'à l'heure actuelle, malgré l'avenant télémedecine de la convention médicale de 2016 signé par les syndicats de médecins libéraux [63] et publié au Journal Officiel le 29 avril 2017 [64] ainsi que la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), publiée au Journal officiel du 27 octobre 2017 [89], inscrivant dans la nomenclature la télé-expertise et la téléconsultation en EHPAD, il n'existe pas d'acte de télémedecine inscrit dans la liste des tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine au 14 novembre 2017 [90] et donc pas de rémunération effective.

Il existe seulement des modalités de rémunération pour les projets de télémédecine, ces modalités ayant été étendues à l'ensemble du territoire national suite à la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 [3].

Lors de la présentation du PFLSS de 2018, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, a précisé que très prochainement la télémédecine sortirait de son statut expérimental pour devenir un acte de routine grâce à la loi et que cela permettrait l'ouverture de négociations entre l'assurance maladie et les syndicats signataires de la convention médicale pour déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de télé-expertise [91]. Ce sera un début de rémunération pour les médecins lors de la réalisation d'actes de télémédecine.

2. Motivations et facteurs favorisant la participation des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure de soins non programmés

L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer dans quelle mesure les médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris étaient prêts à adhérer à un projet de télémédecine au sein de leur structure de soins, mais qu'en pensent-ils ?

a) Un acte de télémédecine plébiscité

L'acte de télémédecine le plus à même d'être exercé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris est, selon les médecins de notre échantillon, la téléconsultation (58,7%).

De plus, en analyse bivariée, les médecins de l'association adhéreraient significativement davantage si l'acte de télémédecine choisi était la téléconsultation (75,4%) (*annexe 5, tableau 6*).

Les médecins de notre échantillon pratiquent déjà sans le savoir une forme de téléconsultation au travers de la régulation médicale SAMU centre 15. C'est ce que précise le CNOM en 2014 dans son vade-mecum sur la télémédecine où il assimile la régulation médicale à une forme de téléconsultation [49]. **Les médecins de notre échantillon souhaitent donc une vraie permanence de téléconsultation au sein de leur structure.**

C'est d'ailleurs un des actes pour lequel la ministre de la santé, Agnès Buzyn, souhaite l'ouverture de négociations le plus rapidement possible dans le cadre du PLFSS 2018 [91].

Dans notre étude, nos résultats montrent un tel écart (43.5 points) entre l'acte plébiscité, la téléconsultation et la télé-expertise, en seconde position, que l'on peut se demander si cela n'est pas dû au défaut d'information des médecins bien que nous n'ayons pas montré de lien statistique entre l'information des médecins et l'acte le plus à même d'être exercé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris. On peut remarquer que le pourcentage de sans opinion (15,2%) est supérieur au deuxième acte préféré, la télé-expertise. Cette constatation reste tout de même à relativiser car 30,4% des médecins voyait en la télémédecine un avantage dans l'amélioration des échanges et du partage d'informations entre professionnels de santé.

b) Une activité complémentaire mais restant facultative pour le moment

Dans notre étude, 44,6% des interrogés ne souhaitaient pas que la télémédecine fasse partie intégrante de l'activité d'un médecin, **c'est-à-dire qu'ils souhaitent qu'elle reste une activité facultative.**

En analyse bivariée, on montrait une relation significative entre cette notion et l'ancienneté des médecins dans l'association SOS Médecins Grand Paris. En effet, au contraire les médecins ayant moins de 10 ans d'ancienneté trouvaient significativement plus souvent que la télémédecine devait faire partie intégrante de l'activité d'un médecin (*annexe 5, tableau 2*). **On peut donc envisager un changement d'opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris dans un futur proche sur la manière dont ils perçoivent la télémédecine au sein de leur activité régulière.**

Les résultats de notre étude montrent aussi que **la majorité des médecins de notre échantillon (66,3%) souhaite que la télémédecine complète leur activité habituelle** et seulement 16,3% souhaite qu'elle vienne remplacer une partie de leur activité habituelle. Ce fait est même confirmé par l'analyse bivariée qui conforte l'idée que les médecins souhaitent significativement plus souvent adhérer au projet de télémédecine au sein de leur structure si la télémédecine vient compléter leur activité habituelle (*annexe 5, tableau 7*). Ces données étant relativement nouvelles, elles ne peuvent être comparées avec celles de la littérature scientifique.

c) Facteurs ayant une influence dans l'adhésion des médecins au projet de télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris

Cette étude a montré que ce sont majoritairement les capacités organisationnelles de l'association SOS Médecins Grand Paris de même que les bénéfices que pourrait apporter la télémédecine en termes d'efficacité, d'image et de développement pour l'association qui influenceraient significativement le plus les médecins à adhérer à un projet de télémédecine au sein de leur structure.

On retrouve ensuite l'aptitude des médecins à pratiquer la télémédecine et les modalités de rémunération de ce nouvel acte.

Les bénéfices que pourrait apporter la télémédecine aux médecins dans leur pratique quotidienne mais aussi aux patients dans leur prise en charge étaient les facteurs influençant significativement le moins les médecins à adhérer à un projet de télémédecine au sein de leur structure. Ces constatations sont le résultat des analyses bivariées de la question 35 (*annexe 5, tableaux 8-16*).

Ces résultats sont assez étonnants car les médecins sont conscients des avantages que la télémédecine peut leur apporter pour leur pratique quotidienne et pour l'amélioration du service rendu aux patients comme nous l'avons montré un peu plus haut.

En analyse univariée 45,7% des médecins ne savaient pas si ce nouvel acte de télémédecine serait bénéfique dans leur pratique quotidienne et seulement 35,9% le pensaient. De même, ils sont seulement 52,2% à considérer que la télémédecine améliorerait la prise en charge des patients alors qu'ils sont près de 70,7% à penser que l'association SOS Médecins Grand Paris a les moyens organisationnels pour intégrer une nouvelle activité de télémédecine.

La majorité des médecins de notre échantillon, 59.8%, n'a qu'une seule activité, médecin à SOS Médecins Grand Paris et exerce dans cette association depuis plus de 11 ans (58,7%). Ils connaissent donc très bien leur association alors que 62% d'entre eux ne se déclarent pas assez informés en ce qui concerne la télémédecine.

On peut donc imaginer que c'est l'aspect rassurant de leur structure qui conditionne leur adhésion à un projet de télémédecine et c'est pour cette raison qu'ils ne voient dans la télémédecine majoritairement que des bénéfices pour leur association car ils « vivent professionnellement » au travers de cette association.

De plus, sachant que la médecine actuelle est basée sur la démarche Evidence-Based Medicine (EBM) et que depuis fin 2012 il n'y a eu aucune évaluation médico-économique nationale de la télémédecine [4], Il est difficile pour les médecins de notre échantillon d'entrevoir sans évaluation officielle les bénéfices que ce nouvel acte de télémédecine pourrait apporter à leurs patients ou dans leur pratique. L'association SOS Médecins Grand Paris reste l'un des derniers recours libéral avant l'hospitalisation des patients. Les médecins qui y travaillent sont donc parfaitement conscients du service qu'ils apportent à leurs patients et de l'importance de leur structure dans l'amélioration de leur travail quotidien, ce qui a un retentissement évident en matière de santé publique.

Cette situation a été malheureusement confirmée début 2017 par la HAS qui n'a pas été en mesure de publier l'évaluation médico-économique des expérimentations de télémédecine permettant leur généralisation au territoire national [60]. Et ceci faute de démarrage effectif de ces expérimentations.

Il n'y pas à l'heure actuelle d'étude au niveau des structures de soins non programmés qui permette d'étayer ces résultats.

VI. Conclusion

De nos jours les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont en perpétuelle évolution. Il n'y a pas un jour où dans les médias une nouvelle application ou un nouvel objet connecté ne nous soient présentés dont l'utilisation va révolutionner notre vie quotidienne.

Cette révolution numérique la médecine l'a aussi connue sous la forme de la naissance de l'e-santé dont la télémédecine est une des composantes principales.

L'étude réalisée par l'institut Ipsos pour l'ASIP Santé en janvier 2017 le confirme car 92% des professionnels de santé interrogés pensent que la place des technologies numériques a fortement augmenté ces dernières années. 63% de ces professionnels déclarent même être des utilisateurs fréquents des outils numériques [84].

C'est la publication de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » en 2009 [20] et du décret d'application de la télémédecine [21] en 2010 qui vont donner une existence officielle à la télémédecine.

Le but de notre étude était d'évaluer en 2017 l'opinion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris vis-à-vis de la télémédecine puis d'estimer dans quelle mesure ils seraient prêts à adhérer à un projet de télémédecine si celui-ci voyait le jour au sein de leur structure de soins non programmés.

La première chose que l'on peut mettre en évidence c'est que la majorité des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris souhaite adhérer à un projet de télémédecine dans le futur et souhaite que celui-ci s'organise autour de la téléconsultation.

Ils sont sensibles aux avantages que cette pratique peut apporter : le raccourcissement des délais d'attente, la limitation des déplacements et l'utilisation de la télémédecine comme solution contre la désertification médicale sont les avantages que les médecins ont plébiscités. **Ces avantages semblent contribuer à une amélioration des conditions et de la qualité du travail des médecins** au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris. Ils voient aussi dans la télémédecine une possibilité de diversification de leur activité médicale, par exemple en mettant en place le suivi des malades suite à une visite à domicile **participant, selon eux, à une amélioration du service rendu aux patients.**

Ces avantages se retrouvent fréquemment dans la littérature scientifique [34, 81] mais on note un changement d'opinion des médecins. En effet ces avantages semblent être davantage une solution aux problématiques rencontrées fréquemment dans leur activité par les médecins de cette structure de soins non programmés, comme par exemple la baisse importante de la densité médicale des médecins généralistes en Ile-de-France.

Cependant, malgré l'implication du gouvernement, du conseil national de l'Ordre des Médecins et des médias depuis 9 ans, les médecins ont le sentiment que des inconvénients perdurent. En effet, le manque d'information des médecins sur la télémédecine, la nécessité d'une formation pour la pratiquer, le sentiment de déshumanisation de la relation médecin-malade, un examen médical incomplet mais aussi des modalités de rémunération pas réellement établies sont les freins les plus souvent cités par les médecins dans notre étude. Ces freins sont ceux que l'on retrouve historiquement dans la littérature scientifique [34].

Mais on note tout de même des progrès et les médecins de notre échantillon se sentent cependant aptes à pratiquer la télémédecine.

En second lieu, cette étude montre que ce sont essentiellement les capacités organisationnelles mais aussi les bénéfices attendus en termes de développement, d'image et d'efficience pour l'association SOS Médecins Grand Paris qui inciteraient les médecins à adhérer à ce futur projet de télémédecine au sein de leur structure.

C'est la connaissance de leur structure et donc son aspect rassurant qui permettraient aux médecins de concevoir la télémédecine au sein de leur structure. Cependant, bien qu'ils voient dans la télémédecine des avantages pour la prise en charge du patient ou pour leur pratique quotidienne, ils ont du mal à imaginer ses bénéfices si la télémédecine venait à être intégrée au sein de leur structure et ceci faute de publications officielles récentes.

Il est difficile à l'heure actuelle de généraliser ces constatations à l'ensemble des structures de soins non programmés par manque de données et d'études. Mais il semblerait nécessaire d'impliquer davantage ces structures dans le développement de la télémédecine en France, tout en renforçant l'information des médecins de ces structures sur le sujet de la télémédecine.

Ces réflexions donnent envie de poursuivre des études sur ces structures de soins non programmés afin d'évaluer de quelle manière un projet de télémédecine pourrait voir le jour au sein de ces structures.

Une plateforme commune de télémédecine serait-elle une solution pour fédérer l'activité de télémédecine au sein de ces structures de soins non programmés ou faut-il que chaque association développe son propre projet dans le cadre d'une charte nationale établie au sein de la fédération SOS Médecins France ?

Par ailleurs il serait aussi pertinent d'évaluer l'opinion des patients de ces structures de soins non programmés sur la télémédecine et de savoir comment ils souhaiteraient voir la télémédecine se développer dans ces structures de soins non programmés.

VII. Références bibliographiques

- [1] République Française.
Article L6316-1 du Code de la Santé Publique.
Journal Officiel de la République Française (JORF) du 22 juillet 2009.
- [2] CNES.
Les expérimentations proposées par le CNES – ECHO : l'échographie Terre-Espace [en ligne].
c09/2016. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<https://proxima.cnes.fr/fr/proxima/les-experiences-proposees-par-le-cnes>
- [3] République Française.
Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.
JORF du 24 décembre 2016.
- [4] Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).
La preuve par 10 - principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets télémédecine 2013 [en ligne].
c2013. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf.
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé.
Flyer de présentation de la télémédecine [en ligne].
c2015. [Consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/flyer_ssa_2015_-_a4_-_telemedecine.pdf
- [6] Mutuelle Intériale.
Les enjeux de la télémédecine résultats étude octobre 2015 [en ligne].
c2015. [Consulté le 2 janvier 2017] Disponible sur :
<https://www.interiale.fr/documents/2373901/2378839/Enquete+telemedecine+Interiale/d0fd1cf4-42f8-4225-8700-30ebbe76939e>
- [7] Carré E.
Télémédecine : représentations et expériences des médecins généralistes : Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon.
Th : Med : Montpellier ; 2013.
- [8] Cervera C.
Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de Muret.
Th : Med : Toulouse ; 2014.
- [9] Cypriani F.
Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français.
Th : Med : Strasbourg ; 2014.

- [10] WHO Group Consultation on Health Telematics.
A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development; 1997 December 11-16; Geneva, Switzerland.
Geneva: WHO; 1998.
- [11] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).
Santé connectée de la e-santé à la santé connectée le livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins [en ligne].
c01/2015. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf>
- [12] Croels JM.
Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine.
Toulouse : Presses Universitaires d'Aix-Marseille ; 2006. p. 38.
- [13] Croels JM.
Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine.
Toulouse : Presses Universitaires d'Aix-Marseille ; 2006. p. 39.
- [14] Simon P, Lucas J.
La télémédecine, ce n'est pas du e-commerce [en ligne].
c11/2013 [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
http://www.automesure.com/library/pdf/telemedecine_e-commerce_2013.pdf
- [15] HAS (Haute Autorité de Santé).
Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation – Note de cadrage [en ligne].
c06/2011. [consulté le 2 janvier 2016]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
- [16] Hazebroucq V.
Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française.
Paris : Ministère délégué à la Recherche et aux Nouvelles Technologies ; 2003.
- [17] ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).
Etat des lieux de la télémédecine médicale en France et perspective de développement. Rapport d'étape [en ligne].
c06/2003. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/ANAES_Teleradiologie_juin2003.pdf
- [18] République Française.
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Article 32.
JORF du 14 août 2004.

- [19] République Française.
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Article 34.
JORF du 14 août 2004.
- [20] République Française.
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 78.
JORF du 22 juillet 2009.
- [21] République Française.
Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.
JORF du 21 octobre 2010.
- [22] CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins).
Livre blanc sur la télémédecine [en ligne].
c01/2009. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf>
- [23] Nokia.
Boutique Nokia Health [en ligne].
c2017. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<https://health.nokia.com/fr/fr/store>
- [24] Welch Allyn.
Welch Allyn home™ blood Pressure monitor [en ligne].
c2017. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<https://www.welchallyn.com/content/welchallyn/americas/en/products/categories/welch-allyn-home/connected-blood-pressure-monitors/home-bp-monitor.html>
- [25] Visiomed.
Communiqué de presse présentation du visiocheck. Consumer electronics show 2017 ;
2017; Las Vegas, USA.
Paris; 2017.
- [26] Télémédecine en aquitaine.
Télémédecine en EHPAD [en ligne].
c2017. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<https://telemedecine.sante-aquitaine.fr/page/projets/telemedecine-en-ehpad>
- [27] Lefigaro.fr.
La première cabine de télémédecine est installée [en ligne].
c01/2014. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<http://www.lefigaro.fr/societes/2014/01/21/20005-20140121ARTFIG00211-la-premiere-cabine-de-telemedecine-est-installee-en-france.php>

[28] TICsante.com.

La Smerep étend l'usage de sa cabine e-santé à la téléconsultation [en ligne].
c01/2017. [consulté le 1 février 2017]. Disponible sur :
http://www.ticsante.com/la-Smerep-etend-l-usage-de-sa-cabine-e-sante-a-la-teleconsultation-NS_3341.html

[29] Icade.

Communiqué de presse Icade lance le 1er service de télémédecine en entreprise [en ligne].
c03/2017. [consulté le 1 avril 2017]. Disponible sur :
http://www.icafe.fr/content/download/15050/170896/version/1/file/20170308_ConsumStation_06.pdf

[30] Icare.

Déploiement n°2 : domotique, terminal tactile et suivi médical à distance [en ligne].
c2013. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<http://www.projet-icare.fr/page-d-exemple/>

[31] République Française.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
JORF du 14 août 2004.

[32] République Française.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Article 33.
JORF du 14 août 2004.

[33] Commission Galien.

Télésanté , Autonomie et bien-être. La maison brûle ! [en ligne].
c07/2008. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
http://www.portailtelesante.org/users_private/Articles/Galien/GalienAN2008.pdf

[34] Simon P, Acker D.

La place de la télémédecine dans l'organisation des soins.
Paris : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins ; 2008.

[35] Communauté Européenne.

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions concernant la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société [en ligne].
c11/2008. [consulté le 3 janvier 2017]. Disponible sur :
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=celex:52008DC0689>

[36] CNOM.

Livre blanc sur la télémédecine [en ligne].
c01/2009. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf>

- [37] République Française.
Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
JORF du 7 janvier 1978.
- [38] République Française.
Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique.
JORF du 5 janvier 2006.
- [39] République Française.
Article R6316-1 du Code de la santé Publique.
JORF du 21 octobre 2010.
- [40] République Française.
Article R4127-64 du Code de la Santé Publique.
- [41] Cour de cassation, chambre civile.
Arrêt Mercier [en ligne]. 20 mai
c05/1936. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
http://droit.wester.ouisse.free.fr/pages/support_responsabilite/arret_mercier_20_mai_1936.htm
- [42] Croels JM.
Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine.
Toulouse : Presses Universitaires d'Aix-Marseille ; 2006. p. 50.
- [43] Lasbordes P.
La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan
quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France.
Paris : Ministère de la Santé et des Sports ; 2009
- [44] CNIL (Commission de l'Informatique et de Libertés).
Guide professionnels de santé 5 en ligne].
c08/2011. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
https://www.cnil.fr/sites/default/files/typo/document/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf
- [45] DGOS.
Télémédecine et responsabilités juridiques engagées [en ligne].
c05/2012. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf

- [46] CNOM.
Télémédecine. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins [en ligne].
c07/2005. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/telemedecine-727>
- [47] Commission Européenne.
Directive 2000/31/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, et notamment du commerce électronique, dans le marché intérieur (« directive sur le commerce électronique »).
Journal Officiel de l'Union Européenne n° L 178 du 17/07/2000. p. 1 – 16.
- [48] CNOM.
Déclaration commune des Ordres européens sur la télémédecine [en ligne].
c07/2014. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1478>
- [49] CNOM.
Vade-mecum Télémédecine [en ligne].
c09/2014. [Consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1504ponible>
- [50] Haute Autorité de Santé (HAS).
Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine. Evaluation et amélioration des pratiques [en ligne]. c06/2013. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf
- [51] CNOM
Code de Déontologie Médicale. Article 56.
Paris : CNOM ; 2017. p.17.
- [52] CNOM.
Télémédecine et autres prestations médicales électroniques. Avis public de Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne].
c02/2016. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/uberisation_de_la_sante.pdf
- [53] CNOM
Code de Déontologie Médicale. Article 53.
Paris : CNOM ; 2017. p.15.

[54] HAS.

Efficiencce de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Rapport d'évaluation médico-économique [en ligne]. c07/2013. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf

[55] République Française.

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Article 36. JORF du 24 décembre 2013.

[56] République française.

Arrêté du 10 juin 2014 fixant la liste des régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 en vue de la mise en œuvre d'expérimentations en télémédecine. JORF du 19 juin 2014.

[57] République Française.

Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. JORF du 23 avril 2015.

[58] République Française.

Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. JORF du 5 mai 2016.

[59] République Française.

Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. JORF du 15 décembre 2016.

[60] HAS.

Expérimentation relative à la prise en charge par télémédecine [en ligne]. c09/2016. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/rapport_experimentations_telemedecine.pdf

[61] République Française.

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010. JORF du 27 décembre 2009.

- [62] République Française.
Décision du 17 décembre 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
JORF du 8 février 2014.
- [63] Union Nationale des Caisse d'Assurance Maladie, Fédération Française des Médecines Généraliste, Fédération des Médecins de France, Le Bloc.
Avenant N°2 à la convention nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 [en ligne].
c03/2017. [Consulté le 15 mai 2017]. Disponible sur :
http://www.fmfpro.com/IMG/pdf/avenant_2_convention_medicale.pdf
- [64] République Française.
Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016.
JORF du 29 avril 2017.
- [65] Les echos.fr.
L'Assurance-maladie veut favoriser la télémédecine [en ligne].
c06/2017. [consulté le 1 juillet 2017]. Disponible sur :
https://www.lesechos.fr/14/06/2017/LesEchos/22465-019-ECH_I-assurance-maladie-veut-favoriser-la-telemedecine.htm
- [66] République Française
Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.
JORF du 20 mai 2010.
- [67] République Française.
Article L1434-7 du Code de la Santé Publique.
JORF
- [68] ARS Ile-de-France.
Programme régional de télémédecine [en ligne].
c2013. [consulté le 2 février 2017]. Disponible sur :
<http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-programme-telemedecine.pdf>
- [69] ORTIF.
ORTIF - Outil régional de Télémédecine d'Ile-de-France [en ligne].
c10/2017. [consulté en ligne le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
www.ortif.fr/telecharger-fichier/88
- [70] GSC SESAN.
Nos missions [en ligne].
c2017. [consulté le 31 octobre 2017]. Disponible sur :
<http://www.sesan.fr/nos-missions>

- [71] Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).
Télémédecine en gériatrie à l'HEGP - TéléGéria© [en ligne].
c02/2017. [consulté le 31 octobre 2017]. 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>
- [72] TICSante.com.
Télémédecine : lancement de la phase pilote d'Ortif Téléneuro en Île-de-France [en ligne].
c10/2014. [consulté le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
http://www.ticsante.com/Telemedecine-lancement-de-la-phase-pilote-d-Ortif-Teleneuro-en-Ile-de-France-NS_2024.html
- [73] Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).
Télésurveillance de grossesses pathologiques [en ligne].
c02/2017. [consulté le 25 octobre 2017]. 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/2613-suivi-des-grossesses-en-had-en-ile-de-france>
- [74] SOS Médecins France.
Organisation, activité et impact de SOS MÉDECINS [en ligne].
c06/2010. [consulté le 4 février 2017]. Disponible sur :
<http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/professionnels/activite/36-organisation-activite-et-impact-de-sos-medecins->
- [75] SOS Médecins Paris Ile-de-France
SOS Médecins Paris Île de France [en ligne].
c2010. [consulté le 4 février 2017]. Disponible sur :
<http://www.sosmedecins.com/index.php/nous-connaître/sos-medecins-paris-ile-de-france>
- [76] République Française
Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
JORF du 8 avril 2005.
- [77] CNOM.
Atlas de la démographie médicale – profil comparés : 2007/2017- les territoires au cœur de la réflexion- situation au 1 janvier 2017 [en ligne].
c10/2017. [consulté le 15 octobre 2017]. Disponible sur :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

- [78] 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.
Th : Med : Nancy : 2015.
- [79] Leveau M.
Composition de la trousse médicale d'urgence au sein de SOS médecins France en 2014.
Th : Med : Paris : 2015.
- [80] Ministère de la solidarité et de la santé.
Renforcer l'accès territorial au soins – dossier de presse [en ligne].
c10/2017. [consulté le 26 octobre 2017]. Disponible sur :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
- [81] DGOS.
Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de Télémédecine [en ligne].
c12/2012. p.4. [consulté le 2 janvier 2017]. Disponible sur :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methdologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf
- [82] BVA.
E-santé : Usages et attentes des français [en ligne].
c06/2017. [consulté le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
<https://www.bva-group.com/sondages/e-sante-usages-et-attentes-des-francais/>
- [83] Bouet P, Dr.
Discours Du Dr Patrick BOUET, Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.
Congrès de l'Ordre des médecins : 2017 Oct 19-21 ; Paris, France.
Paris : CNOM ; 2017.
- [84] Ipsos.
Les médecins à l'ère du numérique [en ligne].
c01/2017. [consulté le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
<http://bo.ipsos.fr/decrypter-societe/2017-01-31-medecins-l-ere-numerique>
- [85] Société Française de Télémédecine (SFT), CNOM, Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) et de UNICANCER.
Télémédecine – communiqué de presse [en ligne].
[consulté le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/communique_commun_telemedecine.pdf

- [86] DIU de télémédecine.
Présentation du DIU [en ligne].
c2016. [consulté le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
<http://www.formations-telemedecine.org/presentation-du-d-i-u/>
- [87] Ouest-france.fr.
Caen.Un diplôme d'université pour se former à la e-santé [en ligne].
c112017. [consulté le 15 novembre 2017]. Disponible sur :
<https://www.ouest-france.fr/normandie/caen-un-diplome-d-universite-pour-se-former-la-e-sante-5365491>
- [88] Le quotidien du médecin.fr.
À Paris-Descartes en septembre prochain création du DU « e-santé et médecine connectée » [en ligne].
c04/2016. [consulté le 3 novembre 2017]. Disponible sur :
https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/04/21/creation-du-du-e-sante-et-medecine-connectee-_806576
- [89] République Française.
Décision du 7 septembre 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
JORF du 27 octobre 2017.
- [90] Ameli.fr pour les médecins.
Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [en ligne].
c11/2017. [consulté le 20 novembre 2017]. Disponible sur :
<https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
- [91] Ministère des solidarités et de la santé.
PLFSS les moyens d'action 2018 [en ligne].
c09/2017. p.31-32. [consulté le 3 novembre]. Disponible sur :
<http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plfss.pdf>

VIII. Table des illustrations

| | |
|--|----|
| FIGURE 1. SCHEMA EXPLICITANT LES DIFFERENTS DOMAINES DE LA E-SANTE AINSI QUE LEURS FRONTIERES RESPECTIVES..... | 15 |
| FIGURE 2. SCHEMA EXPLICITANT LES DIFFERENTS ACTES DE TELEMEDECINE DEFINIS SELON LE DECRET TELEMEDECINE DU 19 OCTOBRE 2010..... | 19 |
| FIGURE 3. BODY CARDIO - BALANCE CONNECTEE DE NOKIA | 21 |
| FIGURE 4. THERMO - THERMOMETRE CONNECTE DE NOKIA..... | |
| FIGURE 5. APPLICATION NOKIA HEALTH MATE®..... | 22 |
| FIGURE 6. VISIOCHEK® - STATION MOBILE CONNECTEE DE TELEMEDECINE DE VISIOMED®..... | 23 |
| FIGURE 7. CHARIOT MOBILE DE TELEMEDECINE DU PROJET TELEMEDECINE EN EHPAD DE LA REGION NOUVELLE AQUITAINE..... | 24 |
| FIGURE 8. CONSULT STATION® - CABINE DE TELEMEDECINE PAR H4D..... | 25 |
| FIGURE 9. EXEMPLE D'EQUIPEMENT DU PROJET DE TELESURVEILLANCE MEDICALE ICARE..... | 26 |
| FIGURE 10. DU PLAN REGIONAL DE SANTE AU PLAN REGIONAL DE TELEMEDECINE..... | 41 |
| FIGURE 11. LES PRINCIPAUX SERVICES DE L'OUTIL REGIONAL DE TELEMEDECINE D'ILE-DE-FRANCE (ORTIF)..... | 43 |
| FIGURE 12. REPARTITION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS PAR SEXE..... | 55 |
| FIGURE 13. REPARTITION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS PAR TRANCHES D'AGE..... | 56 |
| FIGURE 14. PYRAMIDE DES AGES DES MEDECINS ACTIFS REGULIERS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 57 |
| FIGURE 15. PYRAMIDE DES AGES DES MEDECINS REMPLAÇANTS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 57 |
| FIGURE 16. REPARTITION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS SELON LEUR STATUT..... | 58 |
| FIGURE 17. REPARTITION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS SELON LEUR ANCIENNETE AU SEIN DE LA STRUCTURE..... | 59 |
| FIGURE 18. EXERCICE D'UNE AUTRE ACTIVITE AU SEIN DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 60 |
| FIGURE 19. EXERCICE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE EN DEHORS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 61 |
| FIGURE 20. ACTIVITE HEBDOMADAIRE DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 62 |
| FIGURE 21. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : ONT-ILS LE SENTIMENT DE TRAVAILLER DANS UNE ZONE SOUS DOTEES EN MEDECINS ?..... | 63 |
| FIGURE 22. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : COMMENT SE CONSIDERENT-ILS VIS-A-VIS DES NOUVELLES TECHNOLOGIES ?..... | 64 |
| FIGURE 23. LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS SE SENTENT-ILS SUFFISAMMENT INFORMES SUR LA TELEMEDECINE ?..... | 65 |
| FIGURE 24. ACTES DE TELEMEDECINE CONNUS PAR LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 66 |
| FIGURE 25. CONNAISSANCE DES PROJETS DE TELEMEDECINE EN MILIEU HOSPITALIER, EN ILE-DE-FRANCE, PAR LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 67 |
| FIGURE 26. CONNAISSANCE DES PROJETS DE TELEMEDECINE EN MILIEU LIBERAL, EN ILE-DE-FRANCE, PAR LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 68 |
| FIGURE 27. CONNAISSANCE DE L'AVENANT A LA CONVENTION MEDICALE DE 2016 CREAT 2 ACTES DE TELEMEDECINE EN EHPAD PAR LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 69 |
| FIGURE 28. CONNAISSANCE DE PRESTATIONS MEDICALES, TELEPHONIQUES OU INFORMATIQUES ASSIMILEES A LA TELEMEDECINE PAR LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 70 |
| FIGURE 29. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS VIS-A-VIS DE LA LEGISLATION ACTUELLE ENCADRANT LA TELEMEDECINE : EST-ELLE ADAPTEE AU DEVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE EN MILIEU LIBERAL ?..... | 71 |
| FIGURE 30. AVANTAGES DE LA TELEMEDECINE SELON LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 72 |
| FIGURE 31. INCONVENIENTS DE LA TELEMEDECINE SELON LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 73 |
| FIGURE 32. TYPES DE PATHOLOGIES ADAPTEES A LA TELEMEDECINE SELON LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 74 |
| FIGURE 33. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LA TELEMEDECINE DOIT-ELLE RESPECTER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ?..... | 75 |
| FIGURE 34. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LA TELEMEDECINE DOIT-ELLE FAIRE PARTIE INTEGRANTE DE L'ACTIVITE DU MEDECIN ?..... | 76 |
| FIGURE 35. NECESSITE D'UNE FORMATION POUR EXERCER LA TELEMEDECINE SELON LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 77 |
| FIGURE 36. ACTES DE TELEMEDECINE PLEBISCITES PAR LES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS AU SEIN DE LA STRUCTURE..... | 78 |
| FIGURE 37. MODALITE D'EXERCICE DU NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE DANS L'ACTIVITE DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS..... | 79 |
| FIGURE 38. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS ENVERS UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE AU SEIN DE LEUR STRUCTURE : SERAIT-IL BENEFIQUE DANS LEUR PRATIQUE QUOTIDIENNE ?..... | 80 |

| | |
|--|----|
| FIGURE 39. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : SE SENTENT-ILS APTES A PRATIQUER UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE AU SEIN DE LEUR STRUCTURE ? | 83 |
| FIGURE 40. OPINION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LES MODALITES DE REMUNERATION DU NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE LEUR SEMBLANT-ELLES IMPORTANTES POUR Y ADHERER ?..... | 84 |
| FIGURE 41. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE AU SEIN DE LEUR STRUCTURE EST-ELLE UNE DEMANDE DES PATIENTS ?..... | 85 |
| FIGURE 42. OPINION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE AU SEIN DE LEUR STRUCTURE AMELIORERAIT-IL LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ?..... | 86 |
| FIGURE 43. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LES PATIENTS DE L'ASSOCIATION SONT-ILS PRETS A ACCEPTER UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE ? | 89 |
| FIGURE 44. OPINION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : L'INTEGRATION D'UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE EST-ELLE NECESSAIRE AU DEVELOPPEMENT DE L'ASSOCIATION ? | 90 |
| FIGURE 45. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : L'ASSOCIATION A-T-ELLE LES MOYENS ORGANISATIONNELS POUR INTEGRER UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE ? | 91 |
| FIGURE 46. RESENTI DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : L'INTEGRATION D'UN NOUVEL ACTE DE TELEMEDECINE RENDRAIT-ELLE L'ASSOCIATION PLUS EFFICIENTE ? | 92 |
| FIGURE 47. OPINION DES MEDECINS DE L'ASSOCIATION SOS MEDECINS GRAND PARIS : LA MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE ACTIVITE DE TELEMEDECINE EST-ELLE IMPORTANTE POUR L'IMAGE DE L'ASSOCIATION ? | 93 |
| FIGURE 48. TELEMEDECINE A SOS MEDECINS GRAND PARIS : ADHESION DES MEDECINS DE LA STRUCTURE A UN PROJET FUTUR..... | 94 |

IX. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire

Intérêt et pertinence de la télémédecine dans une structure de soins non programmés :
Enquête auprès des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

1. Données personnelles

1. Êtes-vous ?

Une femme

Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quel statut avez-vous au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

Médecin actionnaire

Médecin temporaire

Médecin remplaçant

4. Depuis combien de temps exercez-vous au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

Moins de 1 an

De 1 à 10 ans

De 11 à 20 ans

De 21 à 30 ans

Plus de 30 ans

5. En dehors de la visite à domicile et de la régulation médicale, avez-vous d'autres activités au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

Oui

Non

6. En dehors de votre exercice au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris, quelle(s) autre(s) activité(s) professionnelle(s) avez-vous ?
(plusieurs réponses possibles)

Une activité hospitalière libérale ou salariée

Une autre activité libérale

Autre

Aucune

1

7. Combien d'heures de travail, en moyenne, effectuez-vous par semaine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

8. Avez-vous l'impression de travailler régulièrement dans un zone sous dotée en médecins ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9. En ce qui concerne les nouvelles technologies (informatique, téléphonie, internet...), vous considérez vous comme ?

- Débutant
- Normal
- Confirmé
- Expert
- Ne sait pas

2. La télémédecine : définition

Définition de la télémédecine selon la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 :

La télémédecine est "une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication". Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer le suivi du patient, de requérir un avis spécialisé et/ou de réaliser des prescriptions.

3. La télémédecine : généralités

10. Vous sentez-vous assez informé en ce qui concerne la télémédecine ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

11. Parmi les actes de télémédecine suivants, quel est celui (ou ceux) que vous connaissez ?

(plusieurs réponses possibles)

- Téléconsultation
 Télé-expertise
 Télésurveillance médicale
 Télé-assistance médicale
 Réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale (centre 15 SAMU)
 Aucun

12. Pensez-vous que la législation actuelle encadrant l'exercice de la télémédecine en France permette son développement en médecine libérale ?

- Oui
 Non
 Ne sait pas

13. Savez-vous que des projets de télémédecine ont été développés en secteur hospitalier en Ile-de-France depuis 2012 ?

- Oui
 Non

14. Savez-vous que des projets de télémédecine en médecine libérale sont mis en place en Ile-de-France ?

- Oui
 Non

15. Savez-vous qu'un avenant, signé en 2017, de la convention médicale de 2016 crée 2 nouveaux actes de télémédecine en maison de retraite (EHPAD) ?

- Oui
 Non

16. Savez-vous qu'il existe des prestations médicales téléphoniques ou informatiques assimilées à la télémédecine ?

- Oui
 Non

17. Parmi les propositions suivantes, quels sont les 3 principaux avantages de la télémédecine ?

- Elle permet une relation médecin-malade plus interactive.
 Elle limite les déplacements.
 Elle raccourcit les délais d'attente.
 Elle améliore la gestion et le suivi de l'état de santé des patients.
 Elle améliore les échanges et le partage entre professionnels de santé.
 Elle enrichit votre expérience et vos compétences professionnelles.
 Elle est un remède à la désertification médicale.
 Elle participe aux économies de santé.

18. Parmi les propositions suivantes, quels sont les 3 principaux inconvénients de la télémédecine ?

- Elle déshumanise la relation avec le patient.
 Elle ne permet pas de réaliser un examen clinique complet.
 Elle laisse subsister des doutes sur la confidentialité des données échangées.
 Elle nécessite des investissements dans un matériel adapté et coûteux.
 Elle crée une certaine réticence de la part des patients.
 Elle engendre une certaine méfiance de la part des médecins.
 Elle n'a pas encore de modalités de rémunération bien définies.
 Elle n'a pas encore totalement prouvé ses bénéfices médico-économiques.

19. Selon vous, à quels types de pathologie la télémédecine se prête-t-elle ?

(plusieurs réponses possibles)

- Pathologies aiguës
 Pathologies chroniques
 Ne sait pas

20. La télémédecine doit-elle respecter le parcours de soins du patient ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

21. La télémédecine doit-elle faire partie intégrante de l'activité habituelle d'un médecin ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

22. Une formation spécifique est-elle nécessaire pour pratiquer la télémédecine ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

4. Les actes de télémédecine : définitions

Les actes de télémédecine, selon le décret télémédecine n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, sont :

- La téléconsultation : un professionnel médical donne une consultation à distance à un patient. Action synchrone (patient et médecin se parlent). La présence d'un professionnel de santé est possible pour aider le patient lors de cette téléconsultation.

- La télé-expertise : un professionnel médical sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels experts. C'est asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas, cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale).

- La télésurveillance médicale : cet acte permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.

- La télé-assistance médicale : cet acte permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte.

- La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (centre 15 SAMU)

5. La télémédecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris

23. Quel nouvel acte de télémédecine vous paraît le plus à même d'être exercé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Téléconsultation
- Télé-expertise
- Télésurveillance médicale
- Télé-assistance médicale
- Ne sait pas

24. Ce nouvel acte de télémédecine pourrait-il ?

- Compléter votre activité habituelle
- Remplacer une partie de votre activité habituelle
- Remplacer totalement votre activité habituelle
- Ne sait pas

25. Ce nouvel acte de télémédecine serait-il bénéfique dans votre pratique quotidienne ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

En quoi ?

26. Vous sentez-vous apte à pratiquer un nouvel acte de télémédecine ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

27. Les modalités de rémunération (type, montant) de ce nouvel acte de télé médecine vous semblent-elles importantes pour y adhérer ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

28. Selon vous, l'intégration d'un nouvel acte de télé médecine vous semble-t-elle une demande des patients de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

29. La mise en place d'une nouvelle activité de télé médecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris améliorerait-elle la prise en charge des patients ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

En quoi ?

30. Pensez-vous que les patients de l'association SOS Médecins Grand Paris soient prêts à accepter un nouvel acte de télé médecine ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

31. Pensez-vous qu'intégrer un nouvel acte de télé médecine soit nécessaire au développement de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

32. Pensez-vous que l'association SOS Médecins Grand Paris ait les moyens organisationnels pour intégrer une nouvelle activité de télémédecine ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

33. Selon vous, l'intégration d'un nouvel acte de télémédecine rendrait-elle l'association SOS Médecins Grand Paris plus efficiente ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

34. La mise en place d'une nouvelle activité de télémédecine vous semble-t-elle importante pour l'image de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

35. Si un projet de télémédecine voyait le jour au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris, souhaiteriez-vous y participer ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

B. Annexe 2 : Réponses au questionnaire

Intérêt et pertinence de la télémédecine dans une structure de soins non programmés :
Enquête auprès des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris

1. Données personnelles

1. Êtes-vous ?

- Une femme 18,5%
- Un homme 81,5%

2. Quel âge avez-vous ?

Moyenne : 49,9 ans

3. Quel statut avez-vous au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Médecin actionnaire 82,6%
- Médecin temporaire 8,7%
- Médecin remplaçant 8,7%

4. Depuis combien de temps exercez-vous au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Moins de 1 an 7,6%
- De 1 à 10 ans 33,7%
- De 11 à 20 ans 15,2%
- De 21 à 30 ans 16,3%
- Plus de 30 ans 27,2%

5. En dehors de la visite à domicile et de la régulation médicale, avez-vous d'autres activités au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui 28,3%
- Non 71,7%

6. En dehors de votre exercice au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris, quelle(s) autre(s) activité(s) professionnelle(s) avez-vous ?

(plusieurs réponses possibles)

- Une activité hospitalière libérale ou salariée 13,0%
- Une autre activité libérale 6,5%
- Autre 20,7%
- Aucune 59,8%

7. Combien d'heures de travail, en moyenne, effectuez-vous par semaine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

Moyenne : 40,5 heures

8. Avez-vous l'impression de travailler régulièrement dans un zone sous dotée en médecins ?

- Oui 63,0%
- Non 30,4%
- Ne sait pas 6,5%

9. En ce qui concerne les nouvelles technologies (informatique, téléphonie, internet...), vous considérez vous comme ?

- Débutant 7,6%
- Normal 45,7%
- Confirmé 37,0%
- Expert 8,7%
- Ne sait pas 1,1%

2. La télémédecine : définition

Définition de la télémédecine selon la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 :

La télémédecine est "une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication". Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer le suivi du patient, de requérir un avis spécialisé et/ou de réaliser des prescriptions.

3. La télémédecine : généralités

10. Vous sentez-vous assez informé en ce qui concerne la télémédecine ?

- Oui 22,8%
- Non 62,0%
- Ne sait pas 15,2%

11. Parmi les actes de télémédecine suivants, quel est celui (ou ceux) que vous connaissez ?

(plusieurs réponses possibles)

- Téléconsultation 24,5%
- Télé-expertise 5,9%
- Télésurveillance médicale 11,3%
- Télé-assistance médicale 17,6%
- Réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale (centre 15 SAMU) 33,8%
- Aucun 6,9%

12. Pensez-vous que la législation actuelle encadrant l'exercice de la télémédecine en France permette son développement en médecin libérale ?

- Oui 6,5%
- Non 46,7%
- Ne sait pas 46,7%

13. Savez-vous que des projets de télémédecine ont été développés en secteur hospitalier en Ile-de-France depuis 2012 ?

- Oui 34,8%
- Non 65,2%

14. Savez-vous que des projets de télémédecine en médecine libérale sont mis en place en Ile-de-France ?

- Oui 54,3%
- Non 45,7%

15. Savez-vous qu'un avenant, signé en 2017, de la convention médicale de 2016 crée 2 nouveaux actes de télémédecine en maison de retraite (EHPAD) ?

- Oui 13,0%
- Non 87,0%

16. Savez-vous qu'il existe des prestations médicales téléphoniques ou informatiques assimilées à la télémédecine ?

- Oui 57,6%
- Non 42,4%

17. Parmi les propositions suivantes, quels sont les 3 principaux avantages de la télémédecine ?

- Elle permet une relation médecin-malade plus interactive. 4,7%
- Elle limite les déplacements. 23,9%
- Elle raccourcit les délais d'attente. 17,4%
- Elle améliore la gestion et le suivi de l'état de santé des patients. 7,6%
- Elle améliore les échanges et le partage entre professionnels de santé. 10,1%
- Elle enrichit votre expérience et vos compétences professionnelles. 1,4%
- Elle est un remède à la désertification médicale. 23,2%
- Elle participe aux économies de santé. 11,6%

18. Parmi les propositions suivantes, quels sont les 3 principaux inconvénients de la télémédecine ?

- Elle déshumanise la relation avec le patient. 22,8%
- Elle ne permet pas de réaliser un examen clinique complet. 31,2%
- Elle laisse subsister des doutes sur la confidentialité des données échangées. 8,7%
- Elle nécessite des investissements dans un matériel adapté et coûteux. 4,3%
- Elle crée une certaine réticence de la part des patients. 2,9%
- Elle engendre une certaine méfiance de la part des médecins. 9,4%
- Elle n'a pas encore de modalités de rémunération bien définies. 15,6%
- Elle n'a pas encore totalement prouvé ses bénéfices médico-économiques. 5,1%

19. Selon vous, à quels types de pathologie la télémédecine se prête-t-elle ?

(plusieurs réponses possibles)

- Pathologies aiguës 33,9%
- Pathologies chroniques 50,4%
- Ne sait pas 15,7%

20. La télémédecine doit-elle respecter le parcours de soins du patient ?

- Oui 34,8%
- Non 31,5%
- Ne sait pas 33,7%

21. La télémédecine doit-elle faire partie intégrante de l'activité habituelle d'un médecin ?

- Oui 23,9%
- Non 44,6%
- Ne sait pas 31,5%

22. Une formation spécifique est-elle nécessaire pour pratiquer la télémédecine ?

- Oui 75,0%
- Non 14,1%
- Ne sait pas 10,9%

4. Les actes de télémédecine : définitions

Les actes de télémédecine, selon le décret télémédecine n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, sont :

- La téléconsultation : un professionnel médical donne une consultation à distance à un patient. Action synchrone (patient et médecin se parlent). La présence d'un professionnel de santé est possible pour aider le patient lors de cette téléconsultation.

- La télé-expertise : un professionnel médical sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels experts. C'est asynchrone (patient et médecin ne se parlent pas, cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale).

- La télésurveillance médicale : cet acte permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.

- La télé-assistance médicale : cet acte permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte.

- La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (centre 15 SAMU)

5. La télé médecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris

23. Quel nouvel acte de télé médecine vous paraît le plus à même d'être exercé au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Téléconsultation 58,7%
- Télé-expertise 9,8%
- Télésurveillance médicale 7,6%
- Télé-assistance médicale 8,7%
- Ne sait pas 15,2%

24. Ce nouvel acte de télé médecine pourrait-il ?

- Compléter votre activité habituelle 66,3%
- Remplacer une partie de votre activité habituelle 16,3%
- Remplacer totalement votre activité habituelle 0,0%
- Ne sait pas 17,4%

25. Ce nouvel acte de télé médecine serait-il bénéfique dans votre pratique quotidienne ?

- Oui 35,9%
- Non 18,5%
- Ne sait pas 45,7%

En quoi ?

26. Vous sentez-vous apte à pratiquer un nouvel acte de télé médecine ?

- Oui 64,1%
- Non 20,7%
- Ne sait pas 15,2%

27. Les modalités de rémunération (type, montant) de ce nouvel acte de télé médecine vous semblent-elles importantes pour y adhérer ?

- Oui 73,9%
- Non 13,0%
- Ne sait pas 13,0%

28. Selon vous, l'intégration d'un nouvel acte de télé médecine vous semble-t-elle une demande des patients de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui 29,3%
- Non 38,0%
- Ne sait pas 32,6%

29. La mise en place d'une nouvelle activité de télé médecine au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris améliorerait-elle la prise en charge des patients ?

- Oui 52,2%
- Non 19,6%
- Ne sait pas 28,3%

En quoi ?



30. Pensez-vous que les patients de l'association SOS Médecins Grand Paris soient prêts à accepter un nouvel acte de télé médecine ?

- Oui 47,8%
- Non 12,0%
- Ne sait pas 40,2%

31. Pensez-vous qu'intégrer un nouvel acte de télé médecine soit nécessaire au développement de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui 59,8%
- Non 18,5%
- Ne sait pas 21,7%

32. Pensez-vous que l'association SOS Médecins Grand Paris ait les moyens organisationnels pour intégrer une nouvelle activité de télémédecine ?

- Oui 70,7%
- Non 9,8%
- Ne sait pas 19,6%

33. Selon vous, l'intégration d'un nouvel acte de télémédecine rendrait-elle l'association SOS Médecins Grand Paris plus efficiente ?

- Oui 66,3%
- Non 10,9%
- Ne sait pas 22,8%

34. La mise en place d'une nouvelle activité de télémédecine vous semble-t-elle importante pour l'image de l'association SOS Médecins Grand Paris ?

- Oui 67,4%
- Non 10,9%
- Ne sait pas 21,7%

35. Si un projet de télémédecine voyait le jour au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris, souhaiteriez-vous y participer ?

- Oui 66,3%
- Non 16,3%
- Ne sait pas 17,4%

C. Annexe 3 : Courriers de recrutement et de relance

Courrier de recrutement :

M. COMY Adrien
Mail : comy.adrien@gmail.com
Tél : 06.76.63.97.84

Paris, le 19 juillet 2017

Objet : Questionnaire thèse médecine générale COMY Adrien

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous sollicitons pour une enquête concernant **la télémedecine**, cette nouvelle manière d'exercer la médecine qui est vouée à se démocratiser dans un futur proche. La télémedecine a été l'objet de plusieurs travaux universitaires mais peu en Ile-de-France et encore moins dans une structure de soins non programmés comme peut l'être SOS Médecins Grand Paris.

Il nous a donc semblé intéressant d'évaluer pour quelle raison et dans quelle mesure vous seriez prêts à adhérer à ce nouveau mode d'exercice médical au travers **d'un questionnaire**.

Ce questionnaire est la base de mon sujet de thèse de médecine générale et nous comptons sur **votre participation qui n'excèdera pas dix minutes**.

Ce questionnaire est anonyme, l'ensemble des données recueillies ne servira qu'à une analyse au travers de ma thèse.

Vous trouverez à la fin de ce courriel un lien pour remplir le questionnaire. Ce questionnaire se trouve sous la forme d'un formulaire SurveyMonkey® très accessible, **qui peut être rempli sur un ordinateur, un smartphone ou une tablette.**

Nous vous prions de bien vouloir le remplir dans **un délai d'un mois** à compter de la date de réception de ce courriel, délai après lequel le questionnaire sera clôturé et son analyse débutera.

Je reste bien entendu à votre disposition pour toute question concernant ce questionnaire sur mon courriel ou par téléphone.

Nous vous remercions par avance de votre participation nombreuse.

Dr NIN Philippe
(Directeur de thèse)

COMY Adrien
(Thésard)

Lien questionnaire :
<https://fr.surveymonkey.com/r/thesetelemedecineSOS>

Courrier de relance :

Paris le 17 aout 2017

Chère consœur, cher confrère,

Nous remercions encore l'ensemble des médecins qui ont répondu au questionnaire de thèse sur la télémédecine.

Cependant afin d'améliorer notre analyse, **nous avons besoin des médecins n'ayant pas encore participé à cette enquête.**

Nous sollicitons donc quelques minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire.

Compte tenu de la période estivale, nous avons décidé de prolonger l'enquête de 15 jours : **vous pouvez y répondre jusqu'au 1 septembre 2017.**

Le lien pour le remplir se trouve en bas de ce mail (il contient le mail original de recrutement qui vous explique le projet).

Merci encore de votre participation nombreuse.

COMY Adrien (thésard)

Dr NIN Philippe (Directeur de thèse)

Mail original :

[...]

Lien questionnaire :

<https://fr.surveymonkey.com/r/thesetelemedecineSOS>

D. Annexe 4 : Verbatims

Ci-dessus se trouvent les commentaires libres laissés par les médecins de notre échantillon pour les questions 25 et 29.

En dessous de chaque commentaire est précisé la date et l'heure de dépôts de celui-ci.

Commentaires libres de la question 25 :

« Rien ne remplace le contact avec les patients. La télémédecine déshumanise la pratique de la médecine. »

01/09/2017 09:38

« Diversification de l'activité »

31/08/2017 06:50

« L'application n'a pas mémorisé ce que j'avais écrit. Tant pis ! »

30/08/2017 23:56

« je serais assis dans mon fauteuil plutôt que de monter les escaliers ou perdre mon temps dans les embouteillages ! »

30/08/2017 16:22

« En apportant une réponse experte plus rapide. »

28/08/2017 14:36

« Probablement mais modalités de mise en place à étudier avec précision pour en tirer le bénéfice attendu »

25/08/2017 23:08

« Équivalent de consultation post urgences »

25/08/2017 18:01

« limitation fatigue lié aux déplacement accès au soin plus rapide pour le malade nouveau mode d'exercice »

25/08/2017 13:51

« Aucun intérêt pour ma pratique actuelle »

24/08/2017 20:22

« Apporter une réponse médicale à des patients en dehors de notre zone d'activités. »

22/08/2017 13:09

« Cela permettra de répondre à de plus nombreux appels. ie : renouvellement d'ordonnance lors pathologies chroniques lorsque le MT est absent, pathologies ORL simples virales. »

21/08/2017 11:47

« Besoin de contact physique avec le patient et d'un examen clinique soigneux. La télé consultation s'apparenterait à du conseil téléphonique ce que nous pratiquons déjà en régulation »

20/08/2017 08:50

« prise en charge de pathologie aigue banale chez des patient sans atcd (grippe, rhinopharyngite, bronchite, tracheite, contusion, gastro enterite, hémorroïde, constipation ...), suivie de pathologie chronique (notement renouvellement d'ordo), suivie de bilan bio/radio, évolution crise d'asthme, migraine, vertige periph ... »

29/07/2017 15:34

« diversification de la pratique »

25/07/2017 23:04

« Suivi des patients suite a une première visite à domicile »

25/07/2017 16:42

« meilleure gestion du flux des appels pour certaines zones mal desservies par nos associés »

25/07/2017 16:08

« Pouvoir gerer à distance les symptomes et pouvoir rapidement eliminer une urgence »

25/07/2017 15:06

« Pas de déplacement Mais risque toujours présent d'une consultation "dématérialisée" »

20/07/2017 20:36

« possibilités d'avis spécialisés meilleur service rendu au patient »

20/07/2017 18:19

« A voir »

19/07/2017 23:46

« Moins de déplacement Gain de temps »

19/07/2017 21:41

« pallier a la penurie de medecin en banlieue »

19/07/2017 21:32

Commentaires libres de la question 29 :

« Mêmes arguments que précédemment. Pas d'examen clinique. J'aime bien voir mes patients physiquement. Parfois, ça me donne une orientation diagnostique. »

01/09/2017 09:38

« Meilleure réponse »

31/08/2017 06:50

« Idem que champ précédent. Le questionnaire souffre de pas mal d'imperfections (questions fermées directives, questions ouvertes sans possibilité de mettre un commentaire sous le vocable "autre", O/N/NSP posent problème quand on sait très bien que l'on veut dire pourquoi la réponse n'est ni oui ni non,,?etc) Ex : question 30 »

30/08/2017 23:56

« reponse malgre la baisse de medecin »

30/08/2017 20:02

« Meilleur suivi Dossier médical »

30/08/2017 18:35

« Éviter les déplacements inutiles »

30/08/2017 18:14

« je pense que ça ne changerait rien sauf permettre de traiter davantage de patients »

30/08/2017 16:22

« délai de prise en charge »

26/08/2017 14:59

« À vérifier sur le terrain! »

25/08/2017 23:08

« Coordination des Medecins d'SOS entre eux »

25/08/2017 19:44

« Permettrait de repondre au plus grand nombre de patients lorsque le nombre de patients est tres important et que la telemedecine pourrait potentiellement repondre a la demande du patient. (Ex: avis dermatologique) »

25/08/2017 14:09

« accès plus rapide au soins éviter des consultations inutiles prioriser certaines demandes de patients »

25/08/2017 13:51

« Nous manquons déjà d'effecteurs pour effectuer notre mission 7j sur 7 et 24h sur 24 Inutile pour nous d immobiliser x medecins »

24/08/2017 20:22

« Même réponse »

22/08/2017 13:09

« Réponse médicale dans les zones ou SOS medecins n'est pas présent à certaines heures. Réponse médicale associé à un conseil simple (paracetamol, antihistaminiques etc) »

21/08/2017 11:47

« Accès pour les patients lointain voir de l'étranger aux Medecins de sos de notre expertise et notre regard "sos" »
20/08/2017 23:24

« Manquera toujours l'examen clinique »
20/08/2017 08:50

« Accès rapide au medecin »
18/08/2017 19:53

« POUVOIR PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS CHEZ QUI ON NE PEUT PAS SE DEPLACER PAR MANQUE D'EFFECTEUR »
07/08/2017 15:13

« on se déplace souvent pour pas grand chose : certaines situations se gèrent très bien lors des conseils pendant les régulations. la sécu paie donc énormément le manque d'éducation des patients. mais il ne faut pas que cela fasse au dépend du salaire du médecin qui est déjà bien mal payer compte tenue de la place qu'il a dans la société et des études qu'il a fait. »
29/07/2017 15:34

« Améliore le suivi »
26/07/2017 09:59

« zone non couverte par SOS »
25/07/2017 23:04

« En confortant la régulation telephonique »
25/07/2017 20:03

« Suivi »
25/07/2017 16:42

« meilleure réponse aux conseils que nous avons du mal a délivrer en totalité et convenablement »
25/07/2017 16:08

« gain de temps et permettre au patient une consultation si médecin en visite indisponible »
25/07/2017 13:50

« Perte de la relation médecin-malade »
20/07/2017 20:36 Classer sous... – Afficher les réponses du participant

« possibilités d'avis spécialisés meilleur service rendu au patient »
20/07/2017 18:19

« A voir »

19/07/2017 23:46

« quand certains secteurs sont fermés »

19/07/2017 22:30

« Mais surtout pas la télé consultation avec les risques qu'elle engendre »

19/07/2017 22:01

« Reponse a l'attente des patients Complément à l'activité de visite à domicile »

19/07/2017 21:41

« teleconsultation pour pallier a la penurie de medecin telesurveillance deja mise en oeuvre avec resultats labo; recontacter le patient »

19/07/2017 21:32

E. Annexe 5 : Tableaux des analyses bivariées

Pour tous les tableaux les pourcentages se lisent en ligne.

Q10

Tableau 1. Perception du niveau d'information des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris sur la télé-médecine en fonction de la présence ou non d'une autre activité professionnelle hors SOS Médecins Grand Paris. (Q10/Q6)

| | Une autre activité libérale | Une activité hospitalière libérale ou salariée | Autre | Aucune | p-value |
|-------------|-----------------------------|--|------------|------------|---------|
| Oui | 1 (4,8%) | 1 (4,8%) | 10 (47,6%) | 9 (42,9%) | 0,039 |
| Non | 5 (8,8%) | 8 (14,0%) | 7 (12,3%) | 37 (64,9%) | |
| Ne sait pas | 0 (0,0%) | 3 (21,4%) | 2 (14,3%) | 9 (64,3%) | |

Q21

Tableau 2. Réponse à la question 21 « la télé-médecine doit-elle faire partie intégrante de l'activité d'un médecin ? » en fonction de l'ancienneté des médecins dans l'association SOS Médecins Grand Paris. (Q21/Q4)

| | Moins de 1 an | De 1 à 10 ans | De 11 à 20 ans | De 21 à 30 ans | Plus de 30 ans | p-value |
|-------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|---------|
| Oui | 3 (13,6%) | 12 (54,5%) | 3 (13,6%) | 2 (9,1%) | 2 (9,1%) | 0,026 |
| Non | 0 (0,0%) | 11 (26,8%) | 6 (14,6%) | 10 (24,4%) | 14 (34,1%) | |
| Ne sait pas | 4 (13,8%) | 8 (27,6%) | 5 (17,2%) | 3 (10,3%) | 9 (31,0%) | |

Q23

Tableau 3. Nouvel acte de télé-médecine plébiscité au sein de l'association SOS Médecins Grand Paris en fonction de l'ancienneté des médecins. (Q23/Q4)

| | Moins de 1 an | De 1 à 10 ans | De 11 à 20 ans | De 21 à 30 ans | Plus de 30 ans | p-value |
|---------------------------|-----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|---------|
| Télé-assistance médicale | 1 (12,5%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 4 (50,0%) | 3 (37,5%) | 0,023 |
| Téléconsultation | 4 (7,4%) | 22 (40,7%) | 11 (20,4%) | 4 (7,4%) | 13 (24,1%) | |
| Télé-expertise | 2 (22,2%) | 3 (33,3%) | 0 (0,0%) | 3 (33,3%) | 1 (11,1%) | |
| Télésurveillance médicale | 0 (0,0%) | 3 (42,9%) | 1 (14,3%) | 0 (0,0%) | 3 (42,9%) | |
| Ne sait pas | 0 (0,0%) | 3 (21,4%) | 2 (14,3%) | 4 (28,6%) | 5 (35,7%) | |

Q35

Tableau 4. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction du type de pathologies auxquelles la télémédecine peut se prêter. (Q35/Q19)

| | Aigües | Aigües chroniques | et Chroniques | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-----------|-------------------|---------------|-------------|---------|
| Oui | 6 (10,0%) | 29 (48,3%) | 18 (30,0%) | 7 (11,7%) | 0,014 |
| Non | 1 (6,5%) | 3 (20,0%) | 4 (26,7%) | 7 (46,7%) | |
| Ne sait pas | 2 (12,5%) | 2 (12,5%) | 7 (43,8%) | 5 (31,3%) | |

Tableau 5. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure selon que la télémédecine doit ou non faire partie intégrante de leur activité habituelle. (Q35/Q21)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|------------|------------|-------------|---------|
| Oui | 22 (36,1%) | 17 (27,9%) | 22 (36,1%) | <0,0001 |
| Non | 0 (0,0%) | 13 (86,7%) | 2 (13,3%) | |
| Ne sait pas | 0 (0,0%) | 11 (68,8%) | 5 (31,3%) | |

Tableau 6. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de l'acte le plus à même d'être exercé dans la structure. (Q35/Q23)

| | Télésurveillance médicale | Télé-expertise | Téléconsultation | Télé-assistance médicale | Ne sait pas | p-value |
|-------------|---------------------------|----------------|-------------------|--------------------------|-------------|---------|
| Oui | 4 (6,6%) | 5 (8,2%) | 46 (75,4%) | 5 (8,2%) | 1 (1,6%) | <0,0001 |
| Non | 0 (0,0%) | 1 (6,7%) | 5 (33,3%) | 0 (0,0%) | 9 (60,0%) | |
| Ne sait pas | 3 (18,8%) | 3 (18,8%) | 3 (18,8%) | 3 (18,8%) | 4 (25,0%) | |

Tableau 7. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de l'intégration dans leur activité habituelle. (Q35/Q24)

| | Compléter votre activité habituelle | Remplacer une partie de votre activité habituelle | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------------------------|---|-------------|---------|
| Oui | 45 (73,8%) | 14 (23,0%) | 2 (3,3%) | <0,0001 |
| Non | 4 (26,7%) | 1 (6,7%) | 10 (66,7%) | |
| Ne sait pas | 12 (75,0%) | 0 (0,0%) | 4 (25,0%) | |

Tableau 8. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction du bénéfice attendu pour leur pratique quotidienne. (Q35/Q25)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|------------|-------------|---------|
| Oui | 29 (47,5%) | 4 (6,6%) | 28 (45,9%) | <0,0001 |
| Non | 0 (0,0%) | 11 (73,3%) | 4 (26,7%) | |
| Ne sait pas | 4 (25,0%) | 2 (12,5%) | 10 (62,5%) | |

Tableau 9. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de leur aptitude à exercer la télémédecine. (Q35/Q26)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|------------|-------------|---------|
| Oui | 51 (83,6%) | 3 (4,9%) | 7 (11,5%) | <0,0001 |
| Non | 3 (20,0%) | 11 (73,3%) | 1 (6,7%) | |
| Ne sait pas | 5 (31,3%) | 5 (31,3%) | 6 (37,5%) | |

Tableau 10. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de l'importance des modalités de rémunération de ce nouvel acte. (Q35/Q27)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|-----------|-------------|---------|
| Oui | 49 (80,3%) | 9 (14,8%) | 3 (4,9%) | 0,014 |
| Non | 8 (53,3%) | 2 (13,3%) | 5 (33,3%) | |
| Ne sait pas | 11 (68,8%) | 1 (6,3%) | 4 (25,0%) | |

Tableau 11. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure au projet en fonction du bénéfice attendu pour la prise en charge des patients. (Q35/Q29)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|------------|-------------|---------|
| Oui | 42 (68,9%) | 7 (11,5%) | 12 (19,7%) | <0,0001 |
| Non | 2 (13,3%) | 10 (66,7%) | 3 (20,0%) | |
| Ne sait pas | 4 (25,0%) | 1 (6,3%) | 11 (68,8%) | |

Tableau 12. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction du ressenti sur le fait que les patients soient prêts. (Q35/Q30)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|-----------|-------------|---------|
| Oui | 38 (62,3%) | 6 (9,8%) | 17 (27,9%) | 0,001 |
| Non | 2 (13,3%) | 4 (26,7%) | 9 (60,0%) | |
| Ne sait pas | 4 (25,0%) | 1 (6,3%) | 11 (68,8%) | |

Tableau 13. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de la nécessité de ce nouvel acte pour le développement de l'association. (Q35/Q31)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|-----------|-------------|---------|
| Oui | 49 (80,3%) | 5 (8,2%) | 7 (11,5%) | <0,0001 |
| Non | 3 (20,0%) | 7 (46,7%) | 5 (33,3%) | |
| Ne sait pas | 3 (18,8%) | 5 (31,3%) | 8 (50,0%) | |

Tableau 14. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction du ressenti sur les moyens organisationnels qu'a cette association pour mettre en place ce nouvel acte. (Q35/Q32)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|-----------|-------------|---------|
| Oui | 52 (85,2%) | 1 (1,6%) | 8 (13,1%) | <0,0001 |
| Non | 5 (33,3%) | 5 (33,3%) | 5 (33,3%) | |
| Ne sait pas | 8 (50,0%) | 3 (18,8%) | 5 (31,3%) | |

Tableau 15. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de leur ressenti sur l'amélioration de l'efficacité de l'association grâce à ce nouvel acte. (Q35/Q33)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|-----------|-------------|---------|
| Oui | 52 (85,2%) | 2 (3,3%) | 7 (11,5%) | <0,0001 |
| Non | 3 (20,0%) | 6 (40,0%) | 6 (40,0%) | |
| Ne sait pas | 6 (37,5%) | 2 (12,5%) | 8 (50,0%) | |

Tableau 16. Adhésion des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris à un projet de télémédecine au sein de leur structure en fonction de leur ressenti sur l'importance de ce nouvel acte pour l'image de leur association. (Q35/Q34)

| | Oui | Non | Ne sait pas | p-value |
|-------------|-------------------|-----------|-------------|---------|
| Oui | 52 (85,2%) | 1 (1,6%) | 8 (13,1%) | <0,0001 |
| Non | 2 (13,3%) | 7 (46,7%) | 6 (40,0%) | |
| Ne sait pas | 8 (50,0%) | 2 (12,5%) | 6 (37,5%) | |

F. Annexe 6 : CD-ROM joint à la thèse

Le CD joint à la thèse comprend :

- l'ensemble des résultats recueilli au format XLS;
- l'ensemble des analyses univariées au format XLS ;
- l'ensemble des analyses bivariées au format XLS.

X. Résumé

NOM : COMY

PRENOM : Adrien

TITRE DE LA THESE : Intérêt et pertinence de la télémédecine dans une structure de soins non programmés : Enquête auprès des médecins de l'association SOS Médecins Grand Paris. (Benefits and suitability of telemedicine in an emergency care service: a survey carried out with the practitioners of SOS Médecins Grand Paris association)

RESUME

Les technologies de l'information et de la communication ont donné naissance à la télémédecine. Depuis la publication des lois et décrets encadrant la télémédecine, le gouvernement français n'a cessé de vouloir développer la télémédecine en secteur ambulatoire. Les médecins des structures de soins non programmés, telles que SOS Médecins, pourraient en devenir des acteurs majeurs.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'opinion des médecins généralistes de l'association SOS Médecins Grand Paris sur la télémédecine puis de déterminer les facteurs influençant leur adhésion à un projet au sein de leur structure.

Une étude quantitative a donc été réalisée à l'aide d'un questionnaire mis en ligne aux 178 médecins généralistes de l'association.

92 médecins y ont répondu en 6 semaines (51,7%). 66,3% souhaiteraient adhérer à un projet de télémédecine dans leur structure sous la forme de téléconsultations.

Ils admettent que la télémédecine a des avantages : réduction des déplacements et des délais d'attente, solution à la désertification médicale, diversification de leur activité. Mais des inconvénients historiques perdurent : défaut d'information, nécessité d'une formation, sentiment de déshumanisation, examen médical partiel et rémunérations pas assez définies.

Ce sont ses capacités organisationnelles mais aussi l'efficacité, le développement et l'image dont l'association pourrait bénéficier qui inciteraient les médecins à adhérer à un projet. Malgré les avantages certains pour les patients ils ne peuvent concevoir la télémédecine qu'au travers de leur structure rassurante, faute d'informations suffisantes.

Il paraît donc important d'impliquer davantage ces structures de soins non programmés dans la télémédecine en France mais aussi d'en renforcer l'information et d'évaluer comment les patients de ces structures souhaiteraient y voir se concrétiser la télémédecine.

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLES (KEY WORDS):

Télémédecine (telemedicine), soins non programmés (emergency care services), SOS Médecins Grand Paris, médecins généralistes (general practitioners), Ile-de-France, enquête d'opinion (opinion survey), étude quantitative (quantitative study)

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie
6 rue de la Milétrie
86073 Poitiers

XI.Serment



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

