

ACADEMIE DE VERSAILLES

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT – QUENTIN EN YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

ANNEE 2017

N°

THESE

POUR LE DIPLOME

D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de médecine générale

PAR

BONIFACE-ACHILLE Edouard

Né le 12/11/1986 à Paris

**MISE EN PLACE DE LATÉLÉMÉDECINE DANS UNE
MAISON DE SOIN PLURIDISCIPLINAIRE : A QUELLES CONDITIONS ?**

Présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 2017

Le Vice-Doyen et
Administrateur provisoire

Le Président de jury

Vu et Permis d'imprimer

Pr Olivier DUBOURG

Pr Marc FISCHLER

Le Président de l'Université

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc FISCHLER, Président du Jury,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, je vous assure de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A tous les membres du Jury : Mr CHARRON, Mr ORLIKOWSKI, Mr GRASSIN DELYLE, Mr CLERC, Vous me faites l'honneur de participer au jury merci de l'intérêt que vous portez à mon travail, je vous remercie et vous assure de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur CLERC, Directeur de thèse, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, merci pour ta disponibilité, de m'avoir pris en charge malgré ton planning déjà chargé, je suis fier d'avoir fait ce sujet avec toi qui m'intéressait grandement et ta vision avant-gardiste et réaliste des choses.

Au Dr Nadine AYME et au Dr Emmanuel FARCY, merci pour ce que vous m'avez appris au cours de ce SASPAS génial, restez comme vous êtes.

Aux professionnels de santé, Auprès de vous j'étais sensibilisée à l'intérêt de la dynamique interprofessionnelle, Merci pour ce bout de chemin ensemble, c'est votre collaboration qui nous a permis de réaliser ce travail.

Aux patients, merci, de m'avoir laissé partager cette expérience avec vous.

A mes amis, qui m'ont soutenu dans cette épreuve.

A Fabien, mon grand ami de fac, j'espère que te revoir vite maintenant qu'on aura plus de temps tous les deux.

A Marion, merci à toi d'être entré dans ma vie, pour ton amour, ton réconfort et ton soutien dans cette épreuve.

A ma famille, merci pour votre soutien toutes ces années, je ne serais évidemment pas là ou j'en suis sans vous, je ne saurais comment vous remercier, je suis fier de votre éducation et de m'avoir poussé à trouver ma voie.

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury :

Mr le Professeur Marc FISCHLER

Membres du Jury :

Mr le Docteur Philippe CHARRON

Mr le Docteur David ORLIKOWSKI

Mr le Docteur Stanislas GRASSIN DELYLE

Mr le Docteur Pascal CLERC

GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS

ARS : Agence de régulation de santé

ASIP : Agence des systems d'information partagés de santé

CISS : Collectif inter associatif sur la santé

CSP + : Catégorie socio-professionnelle favorisée

CSP - : Catégorie socio-professionnelle défavorisée

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

FHF : Fédération hospitalière de france

GHT : Groupements hospitaliers de territoire

GTS : Groupement territorial de santé

GCS : Groupement de coopération sanitaire

HAS : Haute Hautorité de Santé

MSP : Maison de soin pluridisciplinaire

PLFSS : Plan de loi de financement de la sécurité sociale

PRT : Programme régional de télémédecine

PRS : Programme régional de santé

SYNTEC : Fédération des syndicats de société d'ingénierie, de services informatiques, d'études, de conseil et de formation professionnelle

SNITEM : Syndicat national de l'industrie des technologies médicales

Table des matières

- **Introduction**
- **Objectifs**
- **Matériel et méthodes**
 - Présentation de l'étude
- **Revue narrative de la littérature**
 - Contexte politique de santé récent
 - Contexte politique européen
 - Contexte législatif
 - La responsabilité juridique des actes de télémédecine
 - Sondage Télémédecine 360 et FALSN
 - Enquête FDA-BFM sur la télémédecine
 - Télémédecine en médecine générale rurale (2010)
 - Naissance de la télémédecine en EHPAD dans le bassin du Muret en 2011
 - En quoi la télémédecine modifierait-elle la relation médecin patient en médecine générale ? (2012)
 - Les représentations et expériences des médecins généralistes du Languedoc Roussillon (2013)
 - En quoi la mise en place d'une téléconsultation modifierait-elle les pratiques des professionnels d'une maison de santé pluridisciplinaire (2013) ?
 - L'avis des médecins généralistes des Alpes Maritimes sur la télémédecine (2014)
 - Enquête auprès des médecins libéraux français (2014)
 - L'avis des médecins d'un territoire Lorrain sur la téléconsultation (2015)
 - Etude des relations entre spécialistes et médecins généralistes
 - Le motif de recours des médecins généralistes à la télémédecine dans un gérontopole à Toulouse (2013)
 - La communication lors de téléconsultation en 1998 et un spécialiste de médecine interne
 - Etude des relations entre les pharmaciens, les infirmières libérales et les médecins généralistes en télémédecine
 - La place du pharmacien dans les projets de télémédecine
 - Les connaissances et attentes des généralistes et des IDEL liées à la télémédecine pour le suivi des plaies chroniques
 - Les attentes des médecins généralistes en télé-dermatologie (2015)
 - La télémédecine en zone rurale corse via visio conférence (2013)
 - Télémédecine contre téléconsultation classique : méta-analyse (2015)
 - Télé-expertise
 - Etude de faisabilité de télé-expertise en dermatologie (2012)
 - Seuil de rentabilité économique de la télé-expertise en Médecine Générale rurale à Langogne (2016)
 - Evaluation de la fiabilité diagnostique et thérapeutique de la télé-expertise dermatologique en médecine générale (2014)
 - Mise en place et évaluation d'un service internet de téléexpertise en médecine interne à l'attention des médecins généralistes de Moselle : « S@S Interniste » - 2015
 - Evaluations médicales et économiques préalables à la prise en charge des plaies par télémédecine au CHU d'Angers (2015)

- Freins et intérêts des médecins généralistes creusois sur la création d'un réseau public de télé-expertise des ECG (2015)
- Évaluation monocentrique d'une application de télé-expertise électrocardiographique au profit des médecins d'unité (2010)
- **Contexte technique**
 - La gestion des données médicales
 - Le matériel requis et les personnes impliquées
 - La contractualisation
 - La formation des professionnels à la télémédecine
- **Contexte démographique et médical des Mureaux**
- **Présentation des résultats et analyse**
- **Discussion**
- **Conclusion**
- **Bibliographie**
- **Annexes**

Introduction

La télémédecine prend une part de plus en plus importante dans le monde. Elle est rendue légitime par le Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010¹ qui l'encadre mais insuffisamment développée en France dans le cadre de la loi HPST du 21 Juillet 2009.

Selon la Commission européenne, l'expression «télésanté» ou « e-santé »² recouvre les différents instruments qui s'appuient sur les technologies de l'information et de la communication pour faciliter et améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi médicaux ainsi que la gestion de la santé et du mode de vie. Cela englobe les interactions entre les patients et les prestataires de services de santé, la transmission de données entre établissements ou la communication de poste à poste (P2P) entre patients ou professionnels de santé. Elle comprend également les réseaux d'informations médicales, les dossiers médicaux électroniques, les services médicaux à distance, ainsi que les systèmes transportables et portables, dotés de fonctions de communication, pour le suivi et le soutien des patients.

Le terme e-santé désigne l'ensemble des technologies et services pour les soins médicaux spécifiquement basés sur les technologies de l'information et de la communication.

Ceux-ci comprennent :

- les réseaux régionaux et nationaux d'information pour la santé et les systèmes de dossiers électroniques distribués y compris les systèmes d'information pour les professionnels de santé et les hôpitaux, les services en ligne tels que la prescription électronique, les bases de données...
- les systèmes de télémédecine et les services associés
- les outils spécialisés pour les professionnels de santé et les chercheurs (robotique et environnements avancés pour le diagnostic et la chirurgie, outils pour la simulation et la modélisation, grilles pour la santé et outils pour la formation). »

Parmi la télémédecine, on distingue quatre composantes :

La **téléconsultation** a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Il s'agit d'un diagnostic sans examen clinique par téléphone ou visio-conférence qui nécessite une ordonnance électronique ou une e-prescription. Cette définition est conçue pour permettre également la réalisation d'une consultation entre un patient et une infirmière (par exemple) et le médecin d'autre part.

La **téléassistance médicale** a pour objectif de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre médecin ou professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte médical. Cette définition fait référence à une assistance technique, qu'il soit réalisé un acte de soin ou d'imagerie, voire dans le cadre de l'urgence, afin d'assister un secouriste ou toute personne portant assistance à une personne en danger en attendant l'arrivée d'une équipe professionnelle.

La **téléexpertise** : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères en raison de leur formation ou compétences particulières, sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient. C'est un acte médical qui se réalise en présence du patient qui dialogue avec le médecin requérant et/ou les médecins téléconsultants requis.

¹ Legifrance, Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

² esante.gouv.fr, « La e-santé, une ambition majeure pour la Commission européenne | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé ».

La **télésurveillance médicale** : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un 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 **régulation médicale** avec sa réponse médicale en relation, mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

D'autres pays européens sont en avance sur le sujet et notamment les danois³, ils ont intégré la télémédecine dès 2004 en développant à tout le pays les consultations médicales téléphoniques notamment.

De son côté la Suisse compte plus de 4 millions d'adeptes de télémédecine, et notamment de télé-dermatologie.

Du côté transatlantique, les Etats-unis et le Canada ont également une longueur d'avance avec près de 75 millions de visites virtuelles en 2014 selon une étude du cabinet conseil Deloitte.

Des pays même comme le Kenya et l'Indonésie présentent un fort potentiel de développement des téléconsultations.

En France, quelques expériences ont déjà été tentées mais la **télémédecine en général et surtout la téléconsultation** restent très marginales et ont beaucoup de **retard** ! Il y a eu des expériences menées dans toute la France notamment de téléconsultations. Egalement des tests de cabine de téléconsultation médicale depuis 2014 et des valises de télémédecine en EHPAD.

Les premiers tests de téléconsultation concrets ont lieu en Alsace, lancés en Septembre 2016, dans le programme ETAPES du gouvernement dont je parlerai par la suite.

Ce retard est d'autant plus marqué qu'un assureur privé a mis en place depuis Septembre 2015 un service de téléconsultation court-circuitant complètement le système médecin traitant en place en France.

Ce même assureur revendique après 18 mois d'activité 10 000 consultations téléphoniques en Mai 2017⁴ malgré l'accueil glacial des centrales syndicales et provoqué l'inquiétude de l'Ordre des médecins.

L'état français a le devoir de réagir afin de ne pas laisser le secteur privé prendre le pas sur un système qui est nécessaire et déjà en place dans de nombreux pays.

Le télé-conseil médical payant se développe aussi comme Médecin Direct, Wengo Santé ou Docteurlic.

Le développement de la **téléassistance** et notamment du **téléconseil** en France est principalement dû aux déserts médicaux dans certaines zones, à l'augmentation du coût de la santé mais également dû à une forte demande d'information des patients.

Les services de télémédecine sont également très appréciés par certains expatriés, qui ne peuvent consulter dans leur pays de résidence pour des actes comme les consultations psychiatriques.

Pour les médecins, la téléconsultation est souvent vue comme un outil supplémentaire mais qui ne suffit pas à résoudre seule à toutes les situations.

Les professionnels de santé paramédicaux sont très au contact de la population et peuvent faire le lien entre le professionnel de santé médical et le patient lui-même, sa compétence est

³ TICSANTE, « E-santé ».

⁴ Le Quotidien du Médecin, « Après 18 mois d'activité, AXA revendique 10 000 consultations téléphoniques », 000.

insuffisamment exploitée dans ce domaine et pourrait éviter de nombreuses visites physiques inutiles avec déplacement au domicile des patients. -

Les aspects techniques, juridiques, logistiques, de formation et de rémunération de la télé médecine n'en sont qu'à leurs balbutiements.

OBJECTIFS

Les objectifs de ce travail sont :

- D'une part d'identifier tous les aspects pratiques, juridiques, techniques, avec un travail de bibliographie qui concerne la France, l'Ile de France et le département des Yvelines,
- D'autre part identifier les freins actuels, nécessaires de nos jours au lancement d'une téléconsultation médicale, télé-expertise et une téléassistance dans une future maison dans une maison de santé pluridisciplinaire actuellement en construction accueillant 7 médecins généralistes et 2 remplaçants aux Mureaux afin de pouvoir éventuellement étendre ce dispositif à l'avenir à toutes les maisons de santé qui y prétendent.

MATERIEL ET METHODES :

Le travail a été réalisé en trois temps.

- Le premier temps a consisté en une revue narrative de la littérature concernant la téléconsultation et la téléassistance.

- Le deuxième temps consistait à rencontrer les acteurs et responsables administratifs d'Ile de France et des Yvelines impliqués en télé médecine, notamment le ministère de la Santé, l'ARS Ile de France, le conseil départemental du 78, les présidents ou vices présidents des CME des Hopitaux du GHT des Mureaux, le directeur des systèmes d'information de l'AP-HP, le président du syndicat mixte ouvert Yvelines Numériques, le président du GCS Sesan

- Le troisième temps du travail était de réaliser des entretiens à l'aide d'un guide semi-directif avec les futurs médecins intégrés à la nouvelle MSP.

1. Revue de la littérature:

Sites utilisés ou moteurs de recherche : Google, Ministère de la santé, HAS, SYNTEC Numérique, , SNITEM, ASIP Santé, GCS Sesan, CISS, DGOS, Cochrane, Sites internet journalistiques – Le Figaro, L'obs, L'express, 01nettv, Le quotidien du médecin

Sites internet : Telemédecine360.com, e-sante.gouv.fr, site du conseil de l'ordre des médecins, Legifrance, Fondation de l'avenir, federation hospitalière de France, TICsanté.com

Base de donnée : BDSP (Pascal), SUDOC

Mots clés utilisés : [Télé médecine](#), [Téléassistance](#), [Télé consultation](#), [Télé diagnostic](#), [Réglementation](#), [Responsabilité](#), [Responsabilité médicale](#), [Financement](#), [Organisation soins](#)

Mots-clés anglais : Telemedicine, Remote supervision, Information and communication technologies, Professional practice, Regulation, Responsibility, Occupational responsibility, Financing, Organization

Tous confondus, nous avons utilisés 208 articles scientifiques, articles de journaux, textes de loi ou thèses

Nous n'avons pas sélectionné d'articles traitant de la télésurveillance, étant réalisé par des spécialistes en milieu hospitalier principalement pour le moment ni sur la régulation médicale, actuellement gérée par le centre 15.

2. Rencontre des responsables administratifs et des professionnels de santé

a. Type d'étude :

L'étude qualitative sera de type compréhensive par entretien à l'aide d'un questionnaire semi-directif

b. Populations de l'étude

- Des responsables institutionnels impliqués sur le territoire des Yvelines.
- Des médecins généralistes des Mureaux, choisis sur les critères suivants :

Il y a 20 médecins aux Mureaux, 19 infirmières, 7 pharmacies. Les inclus représentent : **9 médecins généralistes**. Les critères d'exclusion ont été les professionnels de santé non participants à la MSP, nous ne cherchons pas à faire du quantitatif qui nécessiterait une population plus étendue mais du qualitatif et avec l'état d'esprit d'avancer concrètement sur les nouvelles technologies et la mise en place de ce système de téléconsultation et téléassistance au sein de cette nouvelle MSP.

- Ce qui nous intéresse ici est de voir comment les médecins sont ancrés dans cette dynamique, dans cette nouvelle façon de travailler, comment elle est appréhendée, parmi des professionnels réalisant des RCP, dans un esprit de travail collaboratif mais pour qui le travail de télémédecine n'est pas intégré pour le moment.

c. Elaboration du guide d'entretien

Nous avons décrit les différents champs de la télémédecine et les avons soumis à l'avis des médecins, individuellement par le biais d'un guide d'entretien.

Le but du guide d'entretien était d'appréhender le contexte social favorable ou non pour le développement de la télémédecine, les croyances que les professionnels de santé en avait, ce qu'ils connaissent à propos de celle-ci, et à quel point ils étaient capables de s'investir.

Le questionnaire soumis aux médecins comprenait :

- La connaissance des médecins sur la télémédecine et leur expérience et utilisation des nouvelles technologies
- La présentation de la démarche du gouvernement et sa volonté politique de développer la télémédecine et leurs réactions.
- La définition des caractéristiques générales des médecins interrogés.
- Leur perception de la e-santé sur la relation médecin – patient, leur avis sur les avantages et les inconvénients qu'ils y voyaient, pour eux-mêmes ainsi que pour les patients.
- Des dispositifs déjà en place dans certaines régions, représentatifs de chaque facette de la

télé médecine, étaient présentés. Cela correspondait aux différents types d'usage mentionnés dans la définition (la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance). Les dispositifs présentés ont été sélectionnés, après revue de la littérature, sur leur représentativité, leur mise en place effective dans certaines régions en ayant montré une certaine efficacité. Pour chaque catégorie de dispositifs étaient posées les mêmes questions.

La réponse médicale et la télésurveillance, concernant beaucoup moins l'exercice libéral, du moins dans les applications actuelles, n'ont pas été abordées. Ils concernent en effet les structures hospitalières, puisque ce sont-elles qui procèdent aux essais de télésurveillance et le 15 gère la régulation médicale. Nous avons tout de même inséré dans le questionnaire les applications smartphone, qui n'entrent pas dans une case précise bien qu'elles s'approchent de la télésurveillance.

Les grilles d'entretien sont présentées en annexe.

d. Recueil des données

Les professionnels de santé et les acteurs institutionnels ont été contactés pour convenir d'un rendez-vous en expliquant la démarche et le but de la recherche. Les données étaient collectées par le chercheur lui-même.

L'ordre des entretiens était défini en fonction de l'ordre des disponibilités des professionnels de santé puis une fois ces entretiens terminés et retranscrit nous avons rencontré les acteurs institutionnels.

Le recueil de données était effectué par dictaphone et prise de notes.

Les enregistrements étaient retranscrits dans leur intégralité tels quels, sans modifications d'orthographe ou de syntaxe.

Les entretiens ont eu lieu de Février 2017 à Mai 2017.

ANALYSE DES DONNEES

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel NVIVO 11.

L'exploitation des données était strictement anonyme et réalisée par le chercheur.

L'analyse a été effectuée de Février 2017 à Avril 2017

RESULTATS ET DISCUSSION

Dans cette partie, nous présentons les résultats des analyses de toutes les questions

Certaines questions permettaient des commentaires. Nous les avons traités en analysant le verbatim.

Ces analyses se trouvent à la fin des chapitres suivants de ce mode de consultation.

Nous avons obtenu les réponses des **sept médecins** de la future MSP, ainsi que ceux des **deux remplaçants**, soit **neuf médecins au total**. Ces médecins sont actuellement répartis sur 3 cabinets médicaux, informatisés.

Nous n'avons pas interrogés les médecins sur la télé surveillance sauf sur leurs connaissances sur les applications existantes, cette composante n'étant au centre du sujet de notre thèse et centrée à l'heure actuelle sur la médecine de spécialistes.

Tous les entretiens faits dans le délai imparti ont été exploités.

Ce travail sera intéressant pour tout médecin libéral souhaitant lancer un projet de télémédecine dans son cabinet ou sa MSP pour ensuite espérer étendre les téléconsultations / téléassistance à toute la population générale dans son ensemble, en lien avec les volontés de la HAS, des ARS et du ministère de la Santé.

REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

Contexte politique

Les hautes autorités de santé ont pris conscience du problème et essayent tant bien que mal de pallier à un virage technologique inévitable.

Au niveau politique, la réduction des dépenses hospitalières et l'amélioration de l'accompagnement médical à domicile des personnes âgées sont deux priorités pour le gouvernement, rappelées récemment par la ministre de la santé, Marisol Touraine.

Dans cette optique, le développement de la télémédecine, favorisé depuis une dizaine d'années par l'avènement de l'informatique et des technologies de la communication, apparaît comme un outil efficace, limitant le recours systématique à l'hospitalisation.

«C'est un outil qui permettra de réduire sensiblement les dépenses hospitalières», estime le Dr Pierre Simon, président de la [société française de télémédecine](#).⁵ «L'insuffisance cardiaque, par exemple, concerne 300.000 personnes en France, qui passent en moyenne 12 à 13 jours par an à l'hôpital. Quand on sait ce que coûte une journée de prise en charge, le calcul est vite fait: les dépenses se comptent en milliards. Avec l'aide de la télémédecine préventive, on pourrait ramener le temps d'hospitalisation moyen à 3 ou 4 jours, et effectuer une économie de plus d'un milliard d'euros par an.»

En plus de la prise en charge des maladies chroniques, [quatre autres «chantiers prioritaires» ont été identifiés en 2011 par le ministère de la santé](#) pour le développement de la télémédecine: assurer une permanence à distance des soins en imagerie médicale, une prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), de la santé des personnes détenues, et des soins dans les structures médico-sociales et à domicile.

Dresser un état des lieux précis du secteur de la télémédecine en France et mesurer son potentiel de développement, tel est l'objectif de l'étude Télémédecine 2020⁶ réalisée par Syntec Numérique en 2011. « Dans cette étude, nous n'avons pas du tout travaillé sur les dimensions technologiques de la télémédecine », explique Pierre Leurent, président du groupe de travail Télémédecine du Syntec Numérique. « Ce n'est pas ce qui entrave le dynamisme du secteur. Les freins résident

⁵ Lefigaro.fr, « La télémédecine arrive à maturité ».

⁶ SYNTEC, « Livre blanc Télémédecine 2020 - Synthèse de l'étude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins ».

plutôt dans l'organisation de la prise en charge et le financement ».

De fait, si la télémédecine ne représente encore qu'une faible part du secteur de la santé avec un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 100 millions d'euros, son **potentiel de développement est considérable**. Ainsi, l'étude réalise des simulations financières sur quatre maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, alzheimer, cancer) représentant 38 % des dépenses liées aux affections de longue durée. Le recours à la télémédecine pour ces maladies permettrait **2,6 milliards** d'euros d'économies par an.

À l'horizon 2020, le secteur, lui, pourrait représenter un chiffre d'affaires de 1 à 2 milliards d'euros par an dans un contexte de diffusion généralisée. Et l'étude estime que cette croissance pourrait permettre la création de 10 000 emplois. « C'est aujourd'hui qu'il faut se préoccuper du devenir du secteur, pas dans cinq ans », prévient Pierre Leurent. « Si la France veut conserver son leadership en la matière, il faut d'ores et déjà actionner un certain nombre de leviers ».

Aussi, l'étude recommande-t-elle différentes actions pour favoriser le développement du secteur :

- faire de la télémédecine un levier d'efficience du système de santé,
- lier réorganisation efficiente de la production de soins et investissements dans la télémédecine
- impliquer les patients avec les objets connectés
- faciliter l'accès au remboursement des dispositifs de télémédecine
- favoriser l'excellence française en matière de télémédecine
- favoriser l'investissement dans la télémédecine
- allouer une partie de la hausse des enveloppes de financement au secteur de la télémédecine
- **orienter l'effort d'investissement vers les projets à la plus forte valeur ajoutée médico-économique**
- développer l'expertise et l'évaluation médico-économique des projets de télémédecine
- faire du secteur de la télémédecine un gisement majeur d'emplois
- communiquer sur les formations existantes auprès des industriels
- former les acteurs de la filière

« Aujourd'hui, personne ne peut faire émerger cette filière en agissant seul », conclut Pierre Leurent. « Il faut que les industriels, les professionnels de santé et les organismes payeurs travaillent main dans la main. C'est dans l'intérêt de tous ».

La télémédecine ne se limite pas à la réduction des dépenses de santé. Sur le modèle des initiatives que les pays nordiques ont mis en place depuis une vingtaine d'années, elle apparaît aussi comme un service permettant une amélioration de la prise en charge face aux déserts de soins.

« Sans télémédecine, des patients habitant à 30 ou 40km du premier centre de soins doivent prendre leur voiture, ou faire appel à un véhicule médicalisé. Outre les dépenses liées au transport, la distance représente un frein à un suivi médical régulier pour des patients qui hésitent souvent à faire le déplacement. »

Dans le cadre de maladies chroniques, pour lesquelles les consultations se limitent souvent à des visites de contrôle et ne nécessitent pas de traitement supplémentaire, les économies à envisager ne sont pas négligeables non plus.

Les applications télémédicales ne manquent pas : développement de la chirurgie ambulatoire, surveillance des plaies chroniques ou consultations à distance dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les centres médicaux-sociaux ou pénitenciers.

L'hôpital de Montpellier proposera par exemple dès la rentrée son projet «e-dent»⁷ de téléconsultation dentaire dans ses établissements. Financé par l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon, le centre dentaire hospitalier a fait l'acquisition de cinq caméras à lumière fluorescente qui mettent en évidence caries et inflammations gingivales, et qui seront manipulées par un professionnel de santé formé, directement sur place. Une fois les clichés transmis sur un serveur, un chirurgien-dentiste accèdera aux clichés depuis son hôpital, réalisera sa consultation à distance, et transmettra éventuellement en retour une recommandation de consultation classique.

Suite à la mise en place de ces cadres légaux et des investissements décidés depuis 2010 à travers le grand emprunt, les projets «[e-santé](#)» ont pu se développer. Gérés par les agences régionales de santé, ils devaient faire de l'année 2015 «une année de plein développement des applications de télémédecine», estimait le Dr Simon. «Plus de 1.000 médecins pratiquent déjà». Les systèmes sont opérationnels. Avec les salles de télémédecine, principalement destinées aux EHPAD, ou aux pharmacies, les chariots transportables, et les smartphones ou tablettes numériques, les médecins ont maintenant un panel d'outils adaptés à l'ensemble des applications de télémédecine.

Mais si les politiques de développement et la technologie permettent aujourd'hui cet essor, l'administration doit encore s'adapter. **L'interopérabilité** avec les différents systèmes de dossiers médicaux informatisés doit être améliorée, afin de pouvoir l'associer à la télémédecine.

Pour l'assurance maladie, **la tarification des actes** et l'utilisation de la carte vitale seront les prochains chantiers. «*Il faut réfléchir à un nouveau mode de tarification sur toute la filière de soins*», estime le Dr Simon.

Dans le but de faciliter l'accès aux soins des patients, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, souhaite développer la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social. Cette forme innovante d'organisation des soins reste en effet encore trop limitée au champ de l'hôpital : il est donc nécessaire de lever les obstacles à son essor.

Fin 2012, Marisol Touraine, ministre de la santé, a dévoilé les 12 mesures de son "**pacte territoire santé**".

⁷ Languedoc-Roussillon, « Le projet e-Dent ».

Ces mesures tournent autour de trois priorités affichées par la ministre, qui entend "marquer une politique de gauche" : faciliter l'installation des jeunes médecins, modifier les conditions d'exercice de la médecine libérale et investir dans les territoires isolés. Ces mesures entendent d'appuyer largement sur les Agences Régionales de Santé, qui auront pour mission d'aller au-devant des futurs médecins. Le plan, dont le coût est estimé à 50 millions d'Euros, ne bénéficie pas de financement généreux, même si la lutte contre les déserts médicaux est affichée comme une priorité.

Dans le cadre du "**pacte territoire santé**"⁸, il faudra donc :

- **Travailler en équipe** : 30 millions d'euros seront affectés au **paiement forfaitaire des praticiens exerçant en pluridisciplinarité au sein des maisons et pôles de santé**. Ils seront réglés par l'Assurance Maladie.
- **Consulter à distance** : Le développement de la télémédecine est un axe clairement annoncé par la ministre, qui n'en a toutefois pas détaillé les modalités pratiques.
- **Déléguer** : certains actes bien identifiés pourraient faire l'objet d'un transfert de compétence vers d'autres professionnels de santé.
- **Rapprocher la médecine de ville de l'hôpital** : un chef de clinique pourrait ainsi former des internes au sein des maisons de santé.
- **Systématiser les stages en cabinet libéral**, pour tous les internes en médecine générale (déjà obligatoires, mais peu appliqué).
- **Accélérer le déploiement des Contrats d'Engagement de Service Public**, pour atteindre 1500 CESP signés en 2017
- **Mettre en place les 200 "praticiens territoriaux de médecine générale"** déjà annoncés, dont le revenu sera assuré à hauteur de 55 000 € pendant 2 ans.

Le développement de la **télémédecine** fait partie des **thèmes majeurs** de l'action de Marisol Touraine en matière d'e-santé : « *c'est un outil efficace de lutte contre les inégalités de santé, soit le premier objectif de la politique que je conduis* », déclare la ministre, qui revendique le déploiement de **300 projets de télémédecine** sur le territoire, notamment grâce aux expérimentations baptisées Etapes pour le suivi des plaies chroniques ou complexes.

Pour moderniser les établissements de santé, la ministre s'est appuyée sur le programme **Hôpital numérique** lancé en 2012 ; un plan sur 5 ans doté d'un budget de **400 millions d'euros** qui a permis, selon le ministère, d'accompagner le développement de solutions numériques dans plus de 500 établissements de santé.

Un autre programme d'envergure pour décroiser la ville et l'hôpital a par ailleurs été lancé en 2014 : « **Territoire de soins numérique**⁹ », doté d'une enveloppe de **80 millions d'euros**. Il finance dans cinq régions de vastes projets de développement de **plateformes numériques** pour améliorer le parcours de soin.

Ce programme constitue également une réponse politique au défi du **vieillessement de la population** et de l'augmentation de la prévalence des **maladies chroniques** comme le diabète, le cancer, Alzheimer, les maladies cardiaques, etc.

⁸ Solitions Medicales.fr, « Le Pacte territoire santé de Marisol Touraine : 12 mesures et 50 millions d'euros ».

⁹ DGOS, « Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN ».

« *Le numérique nous permettra d'organiser le travail des professionnels en réseau, favorisant les logiques de parcours indispensables à la modernisation de notre offre de soins. Il permettra de mieux répondre aux aspirations des patients qui souhaitent être soignés à domicile et qui veulent prendre une part plus active dans leur prise en charge* », affirme la ministre, qui a par ailleurs appelé à la généralisation du « *dossier de cancérologie communicant* » (DCC), dans le cadre du Plan cancer 2014-2019. Un dispositif qui développe le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, afin d'améliorer la qualité des soins.

Dans le cadre du projet **Territoire de Soin Numérique**, sur 18 candidatures émanant des Agences Régionales de Santé, **5 projets régionaux ont été retenus par la DGOS** (Délégation générale de l'offre de soins) en Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Rhône-Alpes et Océan indien. Tous ces projets appelés à se déployer entre 2014 et 2017 ont en commun de proposer des « solutions innovantes centrées sur l'utilisateur » et de « renforcer la logique de parcours », si l'on en croit le Ministère de la Santé.

Les **industriels** créent des **plateformes de services de santé** pour l'ensemble des professionnels et des patients, elles représentent l'infrastructure de base des nouveaux parcours de soins : un socle commun qui héberge, met en réseau, réceptionne et diffuse les données des patients.

En Ile-de-France par exemple, **quarante hôpitaux dématérialisent** et stockent désormais l'imagerie médicale dans le **cloud**, permettant ainsi de simplifier la consultation et le transfert des images entre médecins, établissements et patients.

Pour le médecin, ces plateformes permettent d'avoir un accès direct aux antécédents du patient, d'éviter les doublons d'examens et de communiquer directement avec d'autres praticiens. Pour le patient, l'accès à son dossier médical via son ordinateur ou son mobile lui permet de le partager avec son laboratoire ou son médecin et d'assurer ainsi la continuité des soins.

Le parcours de soins à l'ère numérique privilégie le maintien à domicile et se dote pour cela d'outils mobiles innovants qui devront s'intégrer à ces fameuses plateformes.

Avec la mise en réseaux des médecins et des établissements de santé, ainsi que l'usage des applications et objets connectés de santé, le volume de données à héberger au sein des plateformes va croître de façon exponentielle.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine dans plusieurs régions pilotes en ville (maisons et centres de santé, cabinets libéraux...) et en structure médico-sociale (maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes/EHPAD...)¹⁰.

Ainsi, 9 régions ont été sélectionnées et peuvent expérimenter des tarifs préfigurateurs : l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, les Pays-de-la-Loire et la Picardie.

La CNAM estime que la réalisation d'actes de télémédecine (téléconsultation, télé expertise, télésurveillance médicale, téléassistance, réponse médicale urgente) « *répond notamment à des*

¹⁰ esante.gouv.fr, « Déploiement de la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social ».

problématiques d'accès aux soins dans les zones sous denses et de spécialités en tension démographique ».

Un grand chantier d'ouverture des bases de données médico-administratives a par ailleurs été engagé. Celles-ci sont ainsi regroupées depuis 2013 au sein d'un seul système : le **SNDS (système national des données de santé)**, piloté par la CNAM.¹¹

Malgré une volonté politique affirmée et la multiplication des expérimentations, les acteurs concernés (laboratoires pharmaceutiques, opérateurs de télécom, industriels, mutuelles, start-up, assurances, professionnels de santé) sont nombreux à déplorer la **lenteur du déploiement de l'e-santé**¹² en France et l'absence de stratégie à long-terme. En témoignent les déboires du fameux Dossier Médical Personnel (DMP), carnet de santé disponible en ligne et sécurisé créé par la loi relative à l'Assurance Maladie de 2004. Malgré sa relance en 2009 avec la loi HPST, son déploiement national n'a jamais eu lieu et un peu plus de 400 000 patients seulement l'auraient adopté.

En **2015**, Marisol Touraine a finalement **confié le développement du DMP à la CNAM**. Celle-ci saura, selon la ministre, « *rassurer et coordonner les acteurs du secteur sur la gouvernance pérenne de cet outil.* » Concrètement, le DMP doit être déployé dans des zones pilotes à **l'automne 2016 pour être généralisé en 2017**.

Au-delà de la mise en place de cet outil structurant, les industriels, start-up et PME œuvrant dans le secteur de la santé connectée attendent des pouvoirs publics un cadre et une stratégie plus clairs pour permettre à ce marché de se développer en France. Un **cadre financier** en premier lieu, afin que les actes nouveaux comme la **télésurveillance des personnes âgées** ou le **télésuivi des malades atteints de pathologies** chroniques soient codifiés et pris en charge par l'Assurance Maladie. Une condition sine qua non pour permettre aux nouveaux outils et applications de santé connectée de trouver leur modèle économique.

Telle est d'ailleurs l'une des principales recommandations du rapport publié par la DGE¹³ (Direction Générale des Entreprises) portant sur l'offre française en matière d'e-santé : « *pour permettre à l'offre d'exister, il faudrait établir un système de tarification au forfait et non à l'acte comme c'est le cas actuellement* », commente **Aymeric Buthion**, chargé de mission santé numérique et objets connectés à la DGE et membre du comité de suivi du rapport.

Face à une population de **patients** et de **professionnels peu formée sur le numérique en santé**, les éditeurs d'applications, de logiciels et d'objets connectés de santé attendent une impulsion politique en matière de formation des professionnels et d'éducation des citoyens. « *Il est primordial d'améliorer la formation des professionnels de santé, qui connaissent l'informatique mais pas assez*

¹¹ TICSANTE, « Le futur système national des données de santé prévu pour le second trimestre 2017 ».

¹² Healthcare Orange, « Politique et e-santé - mai 2016 ».

¹³ Entreprises.gouv.fr, « La DGE publie son rapport d'activité 2015 | Direction Générale des Entreprises (DGE) ».

le numérique. Tous les praticiens et encadrants devront bientôt être formés sur le nouveau parcours de soin numérique », déclare A. Buthion.

Pour « éduquer » le grand public, c'est un effort de clarification qui est attendu : en effet, l'offre en matière d'objets connectés et d'applications de santé demeure floue pour le citoyen lambda, qui ne connaît pas la distinction entre les **dispositifs médicaux** et les **applications de bien-être**. Il ne dispose pas non plus de référent unique pour vérifier la fiabilité de ces nouveaux outils : ce travail d'évaluation et de labellisation est pour l'instant effectué par quelques agences privées comme Medappcare ou DMD Santé. Si la question de l'implication de l'État reste à débattre, les acteurs attendent de la Haute Autorité de Santé (HAS) qu'elle fournisse au moins un référentiel de bonnes pratiques pour les objets et applications de santé qui arrivent sur le marché.

Depuis 2014, l'aménagement numérique s'est ajouté aux compétences des régions, qui avaient déjà la charge de l'aménagement du territoire. Deux attributions clefs pour le déploiement de l'e-santé. « *On ne peut pas parler d'e-santé si on ne crée pas les infrastructures réseau adéquates* », explique M. Guibert. La région se mobilise donc fortement en faveur de la connectivité pour tous au très haut débit en faisant le choix de la fibre optique, qu'elle soutient financièrement à hauteur de plus de **46 millions d'euros de crédit d'investissement**.

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques en France exige de **repenser notre modèle de médecine**. La prise en charge de ces patients nécessite d'instaurer une collaboration fluide entre les différents professionnels de santé, les établissements et les malades : tel est l'un des principaux objectifs du plan Territoire de Soins Numérique (TSN). Un projet ambitieux qui utilise le numérique pour remettre le patient au centre du parcours de soin.

Chiffres clefs :

- **10 millions de Français sont atteints d'une ALD** (affection longue durée), soit un Français sur six. Entre 2004 et 2014, le nombre de patients concernés par une maladie chronique a progressé de 33% en France. Source : Régime général de l'Assurance Maladie
- **80 millions d'euros ont été investis pour soutenir le secteur de l'e-santé** dans le cadre du programme « Territoire de Soins Numérique ».
- L'Aquitaine est la première région française en matière d'e-santé : 45% du chiffre d'affaires national y est généré, on y trouve **50% des effectifs de la filière TIC santé**.

À l'heure où plus de 15% de la population française est touchée par une maladie chronique, à quoi ressemble le parcours des patients ? Du médecin généraliste à l'hôpital, du spécialiste à l'infirmier à domicile : les démarches sont complexes, les acteurs nombreux et la prise en charge encore loin d'être optimale. Les professionnels de santé gagneraient en effet à mieux se concerter et à faire circuler l'information pour mieux soigner les « affections longue durée » (ALD) que sont le diabète, le cancer, l'insuffisance cardiaque, l'asthme ou encore la maladie d'Alzheimer.

Les expérimentations citées par CNAM sont celles de l'article 36 de la loi Sécu 2014, qui prévoit notamment de déployer la télémédecine en ville et en maison de santé ; de faire de la

téléconsultation et télé expertise pour la population des patients en EHPAD ou en ALD pris en charge en ville ; ou encore de réaliser de la télésurveillance pour des affections ciblées (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, diabète, insuffisance respiratoire chronique).

Sur les **neuf territoires** concernés par ces expérimentations de télémédecine précédemment cités, plusieurs types de rémunérations sont prévus – dont **trois niveaux de tarifs pour la téléconsultation : 26 euros** pour le gériatre, **28 euros** pour le spécialiste hors psychiatre et **43,70 euros** pour le psychiatre.

Les avancées technologiques récentes rendent son déploiement possible au-delà des murs de l'hôpital, dans les cabinets médicaux de ville et dans les structures de prise en charge médico-sociale.

Le **27 mars 2015**, le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, le ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique, et les syndicats industriels (SNITEM et Syntec Numérique) annoncent la mise en ligne sur leurs sites respectifs du rapport élaboré par le groupe de travail sur la télémédecine réuni dans le cadre du Comité Stratégique de Filière Santé.¹⁴

Le Contrat de Filière Industries et Technologies de Santé, conclu en juillet 2013 entre l'Etat et les représentants de fédérations industrielles, comporte une mesure (dite « mesure 33 ») dédiée à faciliter le développement de la e-santé, reconnue comme filière d'avenir stratégique à fort potentiel de développement.

Le groupe de travail mixte (« GT 33 »), chargé de la mise en œuvre de ces engagements a associé les représentants des pouvoirs publics (DGOS, DSSIS, DGE, DGRI, ASIP Santé, ANAP, HAS, CNAMTS, ANSM) et des syndicats industriels (SNITEM, Syntec Numérique) sous la co-présidence de Pierre LEURENT (Syntec Numérique et SNITEM) et de Philippe BURNEL (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes). Il a rendu public son rapport d'activité et annonçait un ensemble d'engagements visant à faciliter le déploiement de la télémédecine.

Ce rapport élaboré sur la base des retours d'expérience des porteurs de projet, comporte six engagements qui visent à répondre aux difficultés concrètes rencontrées lors de l'élaboration ou de la mise en œuvre d'un projet de télémédecine :

- aider les porteurs de projet à mieux identifier le cadre des obligations juridiques à satisfaire pour un projet donné
- aider les porteurs de projet à en évaluer le potentiel
- simplifier les procédures administratives de contractualisation
- simplifier le travail d'instruction des dossiers au niveau des Agences régionales de santé
- simplifier les exigences techniques des projets
- intégrer les possibilités de la télémédecine dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé.

Ont déjà été réalisées :

- la publication de cinq fiches pédagogiques synthétiques permettant à un porteur de projet d'établir un diagnostic rapide du référentiel juridique applicable (site ASIP Santé)
- la diffusion large de la matrice d'impact élaborée par la HAS pour évaluer les effets attendus d'un projet de télémédecine

¹⁴ SNITEM, SYNTEC, ASIP, HAS, ARS, ANSM, « Rapport GT33 - Permettre l'émergence d'une stratégie industrielle en matière de e-santé, en soutien de la politique de santé publique, en associant les industriels ».

- l'intégration d'experts en télémédecine dans les groupes de travail qui élaborent les parcours de soins et les recommandations professionnelles de la HAS

Dans un futur proche, d'autres engagements seront mis en œuvre :

- la modification du décret de 2010 relatif notamment à la contractualisation des projets de télémédecine
- l'amélioration du processus d'instruction des dossiers des porteurs de projets au sein des ARS
- la simplification du cadre technique des projets, permise notamment par certaines dispositions du projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé.

En **mai 2015**, Marisol Touraine fait une intervention à la Paris Healthcare Week 2016 et affirme que l'hôpital ouvert doit aussi s'approprier la révolution du numérique.¹⁵

Elle a expliqué qu'il y a encore quelques années, on ne pouvait évaluer comment le digital bouleverserait les pratiques médicales, l'organisation d'un hôpital, la place et le rôle du médecin et du patient et que l'irruption du numérique à l'hôpital est là. Elle pense que certains la considèrent comme un Everest insurmontable, mais y voit pour sa part une formidable opportunité. Elle a confiance, car selon elle l'hôpital a déjà pris la mesure de cette révolution. Plus de 80% des établissements ont déjà informatisé les dossiers patients, 70% ont dématérialisé la consultation de résultats d'analyses biologiques.

La **révolution numérique à l'hôpital**, c'est évidemment aussi le développement de la télémédecine. Là encore, les opportunités sont de taille. Pour elle, l'avenir, c'est de permettre aux professionnels de se projeter au-delà des murs de leur hôpital et de mieux collaborer avec les hôpitaux de proximité, les grands centres spécialisés, parfois à l'étranger, et plus généralement leurs collègues en ville. L'enveloppe de **90 millions d'euros** qu'elle a mise en place pour la télémédecine viendra amplifier cette dynamique.

La **Fédération Hospitalière de France** a annoncé parallèlement, à ce même événement, l'engagement d'une **mission dédiée** à la préparation du futur volet télémédecine de sa future plateforme politique.

En effet, le **renforcement de la télémédecine** constitue, dans le contexte du déploiement des groupements hospitaliers de territoire, un levier de la mise en œuvre de la stratégie de groupe que la FHF appelle depuis longtemps de ses vœux.

Dans son discours d'ouverture de la Paris Healthcare Week¹⁶, **Frédéric VALLETOUX**, Président de la **FHF**, avait souhaité que soit mis en œuvre, dès la loi de financement de la Sécurité sociale pour **2016**, un **déverrouillage du modèle économique des activités de télémédecine**, téléexpertise et téléconsultation sur la base d'un financement à l'activité.

¹⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Intervention de Marisol Touraine - Paris Healthcare Week 2016 - Discours - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ».

¹⁶ Fédération Hospitalière de France (FHF), « La FHF lance la préparation du volet télémédecine de sa plateforme politique ».

Cette mission a été confiée au **Dr Pierre SIMON**, ancien Président de la Société Française de Télémedecine (SFT), Elodie HEMERY, Directrice de l'Institut national des Jeunes Sourds et Céline WASMER, Directrice du pôle neuro-sciences du Centre hospitalier Sainte-Anne.

Elle visera à :

- examiner les conditions d'une généralisation dans les établissements d'un financement à l'activité de la télémedecine
- formuler des propositions permettant de stimuler les initiatives des acteurs de terrain
- identifier les perspectives de la télémedecine dans les domaines du vieillissement, du handicap et de la santé mentale.

Le **Dr Nathalie CHHUN-LEGLISE**, directrice de projet innovation thérapeutique et numérique, accompagnera les travaux de cette mission au sein de la délégation générale de la FHF. Cette mission est engagée dans le cadre des travaux de préparation de la plateforme politique que la FHF présentera à l'automne prochain aux principaux candidats à la prochaine élection présidentielle.

Depuis le début du mois de **mai 2015**, de multiples personnalités politiques se sont engagées ou ont été sensibilisées à la télémedecine.

En **octobre 2015**, le **faible nombre d'actes de télémedecine éligibles au remboursement** par l'Assurance maladie constitue un obstacle de taille au développement de ces nouvelles pratiques « constate également un rapport remis à Marisol Touraine par Benoît Thieulin¹⁷, le président du Conseil national du numérique. *"Ce problème met en évidence les limites de notre modèle de rémunération des actes médicaux pour la télémedecine"*.

Le principe de **tarification à l'acte** semble en effet plus adapté aux pratiques médicales individuelles et ponctuelles, qu'aux pratiques de télémedecine nécessitant des interventions régulières, diversifiées et impliquant parfois plusieurs professionnels.

Mais il fallait encore lever un **obstacle réglementaire**, lié à la **protection des données personnelles** des patients, qui doivent notamment pouvoir faire transmettre leurs feuilles de soin jusqu'à la Sécurité sociale et aux complémentaires santé, et justifier de leur identité. C'est donc pour l'autoriser que le ministère de la santé a publié mercredi au Journal Officiel un [**décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015**](#)¹⁸, qui encadre la collecte et le transfert des données entre le patient et les différents intervenants de la chaîne de soin et de remboursement.

Pourront ainsi être collectées et traitées les données d'identification et les données administratives des patients (à savoir leurs nom, prénoms, sexe, numéro de téléphone, adresse postale, date et rang de naissance, organismes d'affiliation, numéro de sécurité sociale et, le cas échéant, pour les

¹⁷ Champeau - numerama.fr, « Un pas supplémentaire pour la télémedecine en France - Oct 2015 ».

¹⁸ Legifrance, Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémedecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 | Legifrance.

personnes en instance d'attribution d'un NIR, leur numéro identifiant d'attente attribué par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés). Les données d'identification des professionnels consultés seront également collectées, ainsi que les données cliniques, « *notamment les résultats d'analyse et d'examen, les éventuels clichés, images, photos et autres supports numériques nécessaires à la réalisation de l'acte de télémedecine par le professionnel de santé requis à distance* ».

L'essor du numérique dans la santé a pour corollaire la nécessité de **sécuriser les systèmes d'information** et les **données personnelles de santé**, tout en créant un **système ouvert** permettant l'utilisation intelligente de ces data.

Sur ce sujet, le ministère a travaillé à l'élaboration d'une « Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé » (PGSSI-S), publiée en octobre 2015.¹⁹

À la demande de la **CNIL**²⁰, les **informations transmises aux complémentaires santé** ont été limitées au **strict minimum**, celles relatives au suivi clinique n'étant transmises qu'aux médecins et à la Sécurité sociale.

Selon l'avis de la Commission, il est prévu que « *le professionnel de santé prescripteur repère les patients éligibles à une prise en charge par télémedecine* ». Le patient reste par ailleurs maître de la méthode de soin, puisque la télémedecine ne peut être effectuée qu'avec son accord exprès.

L'expérimentation est par ailleurs toujours limitée à quelques domaines médicaux (notamment psychiatrie, gériatrie, plaies chroniques et complexes, insuffisance cardiaque et insuffisance rénale), mais l'objectif est **d'étendre progressivement la pratique**, et de le **généraliser à toute la France**. Un rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) était prévu à cet égard d'ici le 30 septembre 2016 ²¹ (initialement, puis reporté à 2017) pour dresser le bilan de l'expérimentation.

Début 2016, ont été lancées des expérimentations sur la télésurveillance de patients atteints de diabète ou de pathologies particulièrement sévères ou invalidantes comme l'insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire et qui concernent plus de 6 millions de Français.

Déployer la télémedecine en EHPAD²² pour diagnostiquer en moins de 30 minutes certaines pathologies clés. Au sein de territoires ou de structures ciblées comme les EHPAD, le déploiement de la télémedecine permet de **gagner du temps** dans le repérage des **troubles cardiovasculaires**. C'est notamment le cas de l'infarctus du myocarde : une transmission numérique de **l'électrocardiogramme** en cas de douleur thoracique garantit une prise en charge du patient sans

¹⁹ esante.gouv.fr, « La Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé ».

²⁰ Legifrance, Délibération n° 2015-108 du 2 avril 2015 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémedecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (demande d'avis n° 15007507).

²¹ HAS, « Haute Autorité de Santé - Expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine - Rapport Septembre 2016 ».

²² sante.gouv.fr, « Engagement 9 : Favoriser l'accès à la télémedecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents ».

délai, soit dans l'ambulance du SMUR, soit directement en service de cardiologie sans passer par les urgences.

Associer au déploiement de la télémédecine un volet d'aide à l'investissement matériel et organisationnel en EHPAD, maison et centre de santé, à hauteur de **40M€**.

En premier lieu, **Marisol Touraine**, ministre des affaires sociales et de la santé, a annoncé le **4 Juillet 2016** dernier le lancement de la **stratégie nationale e-santé 2020**²³. Cette stratégie prend en compte les différents aspects de la e-santé et inclue de nombreux points concernant la télémédecine dont l'extension de l'expérimentation en cours.

L'objectif principal de la télémédecine dans cette stratégie est de **favoriser l'accès aux soins en France**. Bien que ne présentant pas de réelles annonces nouvelles, cette stratégie nationale de e-santé fait une part importante à la télémédecine.

Le même jour, le président du conseil départemental de Vendée et le président du conseil régional des Pays de La Loire ont signé le lancement du plan très haut débit de Vendée en partenariat avec Vendée Numérique et Orange. A cette occasion, Espace Technologies et Michel Rioli ont présenté le consortium de télémédecine **TELEMEDINOV**²⁴ avec le chariot de télémédecine et l'application de télé-échographie aux élus du territoire.

Le jour suivant, le **5 Juillet 2016**, George Pau-Langevin, ministre des Outre-Mers a effectué une visite à la Réunion où les procédures de télémédecine du CHU lui ont été présentées de même que l'activité du groupement de coopération sanitaire TESIS e-santé et du programme OIIS (Océan Indien Innovation Santé). Cette visite a aussi permis de parapher la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Océan Indien.

Enfin, le **6 juillet 2016**, les élus du conseil régional Grand Est, Philippe Mangin, vice-président en charge de l'agriculture et de la ruralité, et Véronique Guillotin, vice-présidente en charge de la santé, se sont rendus à Bar-le-Duc pour visiter les différentes activités de télémédecine concernant la prise en charge des AVC, de l'insuffisance rénale, et en EHPAD. Les élus étaient accompagnés d'Arnaud Vezain, chef de projet à Télésanté Lorraine. Cette visite a été conduite dans le cadre de la préparation du Plan Ruralité pour la nouvelle région Grand Est.

A moins d'un an des élections présidentielles, et suite à la création des nouvelles régions, on constatait que la télémédecine devenait de plus en plus un **sujet d'intérêt pour les élus** qui saisissaient l'importance de cette pratique médicale pour améliorer l'accès aux soins ainsi que son importance sur le plan économique. En amont des élections départementales de 2015, de nombreux candidats avaient aussi montré un intérêt pour la télémédecine, et le président sortant E.Macron fait de la télémédecine un axe majeur de son programme santé.

²³ Ministère de la santé, « Stratégie Nationale e-Santé 2020 - Juillet 2016 ».

²⁴ TELEMEDINOV, « Télémédecine | Télémédinov la Télémédecine Interopérable en France ».

Les **industriels** ne sont pas en reste avec notamment l'étude "**TÉLÉMÉDECINE 2020 : FAIRE DE LA FRANCE UN LEADER DU SECTEUR EN PLUS FORTE CROISSANCE DE LA E-SANTÉ**²⁵" qui brosse un tableau très précis du secteur et s'intéresse à son potentiel de croissance. Avec un constat majeur : le développement de la télémédecine sera d'autant plus important que les politiques seront volontaristes.

La **CNAM** suit également le mouvement et pour assurer le bon déroulement des expérimentations en télémédecine (et permettre leur généralisation « *dans les meilleurs délais* »), inciter les médecins à « *s'équiper progressivement* » pour être en capacité de réaliser des actes de télémédecine : tels sont les principaux objectifs affichés pour la télémédecine, en séance de négociations conventionnelles.

La **présentation du PLFSS 2017**²⁶ était très attendue sur le plan de la télémédecine notamment suite à la campagne menée par la FHF pour déverrouiller la télémédecine.

Plusieurs mesures concernant la télémédecine font donc parties du **PLFSS 2017**. Au sein du chapitre III-IV pour « poursuivre la transformation du système de soins », « le PLFSS déploie en outre la télémédecine pour moderniser et enrichir l'offre de soins, renforcer l'accès aux soins et à l'expertise médicale ».

Les propositions sont les suivantes:

- Il **proroge d'un an** les expérimentations prévues par la LFSS pour 2014 et les étend à **l'ensemble du territoire** afin d'accompagner toutes les initiatives – et non uniquement celles des 9 régions initialement retenues.
- Les **démarches administratives seront allégées** afin que les porteurs de projets puissent plus rapidement se lancer.
- Par ailleurs, la nouvelle convention médicale rend possible la **rémunération de téléconsultations et du recours à la télé-expertise** dans des contextes spécifiques où les bénéfices de la télémédecine sont déjà démontrés.

Facilitation des actes de télémédecine d'un point de vue pratique

J'ai contacté le cabinet du ministère de la Santé après un premier entretien téléphonique du Dr JOURDAIN (membre du CME de l'Hopital de Pontoise travaillant à 90% de son temps au ministère de la Santé) qui m'a redirigé pour plus de détail vers un de ses membres de l'équipe de télémédecine du gouvernement par entretien téléphonique m'a expliqué les différentes nouveautés récentes sur la loi plus en détail.

²⁵ SYNTEC, DGE, SNITEM, PIPAME, « E Santé : Faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé - Rapport final Février 2016 ».

²⁶ PFLSS 2017 LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 - ARTICLE 91.

Soulignons et détaillons maintenant les points les plus significatifs et pratico-pratiques de l'article du PLFSS 2017 - article 91

Tout médecin exerçant sur le territoire français, dans le secteur ambulatoire ou dans le secteur hospitalier, peut désormais s'engager dans des pratiques de téléconsultation et/ou de téléexpertise chez des patients en ALD, c'est à dire atteints d'une maladie chronique.

L'extension de l'expérimentation à l'ensemble des régions n'est pas une mesure qui avait été avancée ou discutée publiquement jusqu'à présent mais qui est plutôt positive en limitant les inégalités inter-régions sur la télémédecine. Les Agences Régionales de Santé devront de ce fait se préparer pour pouvoir mettre en oeuvre cette expérimentation.

Il devra simplement déclarer cette activité de télémédecine à l'Agence Régionale de Santé dont il dépend (simple formulaire type qu'il pourra retrouver sur le site web de l'ARS), ainsi qu'au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins où il est inscrit. Il devra également en informer son assurance en responsabilité civile (une obligation s'il est en libéral ou salarié d'un établissement privé, une simple recommandation s'il est salarié d'un établissement public).

Il est libéré de toute charge administrative, que ce soit la démarche de contractualisation ou celle de participer à l'évaluation de ces nouvelles pratiques professionnelles. L'évaluateur sera externalisé et la HAS aura la mission de valider ou non le rapport d'évaluation. Cependant si le projet soumis de télémédecine ne rentre pas dans ces nouveaux cadres, il faut comme avant passer par une convention avec l'ARS et une contractualisation classique. C'est toujours eux qui financent.

Il m'a expliqué que pour l'instant ce n'était pas la priorité du gouvernement d'étendre les téléconsultations à toutes les pathologies, qu'ils ont des axes prioritaires (ALDs)

Il est rémunéré sur la base des tarifs qui ont été fixés par l'arrêté ministériel du 26 avril 2016, abrogeant le précédent arrêté d'avril 2015 qui ne ciblait que la prise en charge des plaies chroniques dans les EHPADs.

S'agissant encore de l'expérimentation art. 36 prorogé d'un an jusqu'au LFSS 2018, avec une enveloppe financière limitée à 8,2 millions d'euros, le nombre d'actes et leur périmètre restent encadrés jusqu'au LFSS 2018. La prorogation d'un an n'est cependant pas forcément positive et va à l'encontre des positions émises ces derniers mois qui appelaient à en finir au plus vite avec les expérimentations.

Pour la téléconsultation : 3 tarifs

26 euros par acte et jusqu'à trois actes par an et par patient pour un médecin généraliste (titulaire d'un DU de gériatrie) ou un professionnel de santé non médical bénéficiant d'un transfert d'acte (art. 51 de la loi HPST).

28 euros par acte et jusqu'à trois actes par an et par patient pour un médecin spécialiste (sauf psychiatre et gériatre) ou un professionnel de santé non médical bénéficiant d'un transfert d'acte (art. 51 de la loi HPST).

43,7 euros par acte et jusqu'à cinq actes par an et par patient, pour un médecin psychiatre ou un professionnel de santé non médical bénéficiant d'un transfert d'acte (art. 51 de la loi HPST).

Lorsqu'il s'agit d'une téléconsultation auprès d'un médecin spécialiste d'organe, le médecin traitant qui fait la demande (**le requérant**) n'est pas rémunéré.

Pour la téléexpertise : un forfait

Le montant forfaitaire de la rémunération est de **40 euros par an et par patient pour chaque professionnel spécialiste requis**. Il n'y a pas de limitation par patient. Il y a **une limite de 100 téléexpertises par an par professionnel requis**.

Le professionnel médical requis devra fournir à l'ARS la liste nominative de **5 à 20 médecins traitants** (requérants) avec lesquels il souhaite réaliser des téléexpertises. Les rémunérations sont effectives pour les établissements au titre des consultations externes.

Pour la télésurveillance : un intéressement des médecins aux résultats obtenus

A ce jour le financement sur la télésurveillance n'est pas encore coté pour les trois pathologies chroniques que sont l'insuffisance cardiaque chronique, l'insuffisance respiratoire chronique et l'insuffisance rénale dialysée et transplantée dont l'arrêté ministériel a été publié et, en mai 2017, pour le diabète complexe.

Comme expliqué par Mr JULIERE de l'équipe de télémédecine, quand un cahier des charges est publié, la **CNAM a 3 mois pour développer des lettres clefs pour les cotations**. Pour savoir le coût de cet acte, il faut que la CNAM nous donne un chiffre.

Pour la télésurveillance, pour les 3 pathologies pré-citées par exemple, c'est censé être le cas depuis le 15 mars avoir eu lieu. Il y a un retard d'un mois pour l'instant (entretien le 14 Avril 2017).

La philosophie retenue par les pouvoirs publics est **d'intéresser les médecins qui s'engageront dans la télésurveillance de ces maladies chroniques à domicile** et qui démontreront une réduction des coûts liés aux hospitalisations. La télésurveillance est réservée aux malades les plus sévèrement atteints qui ont, de ce fait, de fréquentes hospitalisations. L'organisation d'une télésurveillance à domicile par des dispositifs médicaux (ayant un marquage CE) peut prévenir les complications et, par voie de conséquence, les hospitalisations.²⁷

En outre, la télémédecine est aussi mentionnée dans la partie concernant **l'investissement** « pour la **modernisation de notre système de santé** » avec « 2 Md€ qui seront mobilisés sur les 5 prochaines années pour faire évoluer l'offre de soins dans les territoires ». Ainsi, sur le programme

²⁷ (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

Arrêté du 17 mai 2016 fixant la liste des régions concernées par les expérimentations tendant à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les orientations nationales pour l'élaboration des cahiers des charges régionaux et la charte des professionnels

Article L162-1-7 du PLFSS 2017 - Modifié par Ordonnance n°2017-84 du 26 janvier 2017 - art. 1)

investissement d'avenir, « pourront notamment être financés des projets d'investissement dans des infrastructures et des organisations permettant d'exploiter le « big data » ainsi que des projets en matière de télémédecine ». Cette mesure correspond à l'une des propositions de la FHF.

Avant la mise en œuvre de ces mesures, le texte devra passer par l'Assemblée Nationale et le Sénat où il est fort probable que des amendements soient déposés en lien avec la télémédecine. L'étape d'après a été la présentation au Conseil des Ministres le **5 Octobre** puis le vote définitif qui a eu lieu mi-décembre comme chaque année pour une application des mesures pour 2017.

En une dizaine d'année, **l'e-santé** est finalement devenue un **enjeu politique majeur**, tant au niveau national que régional, pesant lourd pour les élus sur la balance d'un bilan économique et social. Autant de raisons de ne pas négliger le futur de la médecine dans les prochaines échéances électorales.

Création des deux premiers actes de télémédecine en EHPAD

Les syndicats de médecins libéraux signataires de la convention (MG France, FMF et Le BLOC) et la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) ont en effet paraphé le **mercredi 1^{er} mars 2017** l'avenant n° 2 de la convention médicale qui précise le libellé de ces **deux actes de télémédecine**, leur périmètre et leur rémunération.²⁸

Un premier acte de télé-expertise dénommé **TDT (télé-expertise dossier traitant)** va rémunérer à hauteur de 15 euros la transmission d'éléments utiles entre l'ancien médecin traitant d'un patient admis en EHPAD et le nouveau médecin traitant (qui le sollicite à distance). Chacun des deux médecins pourra facturer cet acte de télé-expertise rémunéré **15 euros**. Plus de 80 000 patients seraient potentiellement concernés par la télé-expertise, évalue la CNAM.

Dénommé **TTE (téléconsultation médecin traitant avec EHPAD)**, cet acte sera valorisé à hauteur d'une consultation **C ou CS (23 euros)** à laquelle s'ajoutent les éventuelles majorations pour les généralistes (MMG de deux euros à partir du 1^{er} mai) ou pour les médecins traitants d'une autre spécialité (MPC de deux euros).

La CNAM a également proposé un avenant pour créer deux nouveaux actes de télé-expertise en faveur des patients insuffisants cardiaques suivis par un cardiologue (TCI) et pour le suivi de plaies chroniques (TCP) par un spécialiste (d'un montant de 15 euros chacun). Mais les discussions ont achoppé à ce stade sur ces deux actes, les **syndicats réclamant** aussi une **indemnisation des médecins requérants**, qui n'était pas prévue.

Au niveau de la politique européenne et internationale

Au niveau de la politique européenne, en **mars 2016**, l'Organisation Mondiale de la Santé Europe a publié un rapport sur l'e-santé en Europe où le développement de la télémédecine est encouragé.²⁹

Le rapport de l'OMS³⁰ a été réalisé suite à **l'enquête globale sur la e-santé** réalisée par l'OMS en 2015. Ce rapport a été rédigé en collaboration avec de nombreux organismes européens dont le Centre Collaborateur de l'OMS pour la télémédecine de Tromsø en Norvège.

²⁸ Le Quotidien Du médecin, « Création de deux actes de télémédecine pour améliorer le suivi de patients en EHPAD ».

²⁹ Telemedecine 360, « L'OMS encourage le déploiement de la télémédecine en Europe ».

Parmi les principaux résultats de l'enquête, **83% des pays** rapportent utiliser la **téléradiologie**, **72% la télésurveillance**, et **63%** les services de **télépathologie**. Les autres usages les plus rapportés étaient la **télédermatologie (52%)** et la **télépsychiatrie (48%)**. L'usage de la télémédecine pour la prise en charge de l'AVC était reporté de façon surprenante seulement dans 2 pays.

Au niveau de l'évaluation des activités de télémédecine, **le rapport pointe le manque d'évaluation, notamment médico-économiques des activités** menées dans les pays membres. Seulement 30% des pays rapportaient des évaluations d'activités de télémédecine qui consistaient principalement à des revues de littérature.

Les principaux freins observés étaient le manque de politiques de santé dédiées, la perception d'un coût élevé, les aspects culturels de crainte envers l'usage distant de TIC pour l'usage de la médecine, et le manque de standards. **La limite majeure à la mise en œuvre d'activités de télémédecine était le financement des activités**. Il s'avère intéressant de constater que la France a été choisie comme exemple pour cette question en montrant les possibilités de financements théoriques possibles par la législation mais ne prenant pas en compte la réalité de **l'absence de financements pérennes à ce jour**.

En conclusion, l'OMS recommande le développement de **politiques de santé nationales** dédiées à la télémédecine dans une approche transversale des systèmes de santé, **l'évaluation systématique** des services de télémédecine, et la résolution des **problèmes de financement** des activités de télémédecine.

Au niveau international également, en **Novembre 2016**, la Commission des Nations Unies de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique propose de développer la télémédecine, coprésidée par François Hollande et Jacob Zuma, a présenté ses conclusions au Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-Moon, en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies organisée à New York.

La commission avait été créée en **Mars 2016** par une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies afin d'inciter les plus haut(e)s dirigeant(e)s à promouvoir la création de nouvelles opportunités d'emploi dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale. Une réunion de lancement avait été organisée à Lyon en France à cette occasion.

Les propositions ont été synthétisés sous la forme d'un rapport intitulé « S'engager pour la santé et la croissance – Investir dans les personnels de santé »³¹.

Parmi les 10 recommandations, l'une d'entre elles est « d'exploiter le potentiel des technologies de l'information et de la communication pour améliorer l'éducation dans le domaine de la santé, les services de santé centrés sur les personnes, et les systèmes d'information sanitaire », dont la télémédecine est citée en exemple.

³⁰ OMS, « Rapport OMS 2015 Télémédecine - From Innovation to Implementation: eHealth in the WHO European Region - From-Innovation-to-Implementation-eHealth ».

³¹ Rapport S'engager pour la santé et la croissance – Investir dans les personnels de santé
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250100/3/9789242511307-fre.pdf>

Ainsi, la télémédecine est reconnue au plus haut niveau international comme étant une pratique à développer permettant une amélioration de la santé combinée à un développement économique et à laquelle les professionnels de santé nécessitent d'être formés.

Contexte législatif

La responsabilité juridique des actes de télémédecine

Un **rapport de la DGOS de 2012**³² précise clairement le contexte juridique de la télémédecine.

« L'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière quant à son indication et sa qualité. Il n'en est pas une forme dégradée. »

La **télémédecine** permet de réaliser un **acte médical traditionnel** dans des conditions favorisant l'accès aux soins, leur qualité et leur sécurité.

L'intervention d'autres professionnels, notamment, celle d'auxiliaires médicaux se fait dans le respect des règles de **compétences et de coopération entre professionnels de santé**.

La **télémédecine** est une **prise en charge collective** du patient, par des professionnels de santé, dont les compétences et, parfois même, le statut juridique diffère. Elle introduit par ailleurs un nouvel intervenant en la personne du **tiers technologique** aussi appelé prestataire technique. Il est à noter que les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent **inchangées** en ce qu'elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle.

En l'état actuel des choses, il n'est **pas envisagé de créer un régime de responsabilité spécifique** dès lors qu'existent déjà les outils juridiques permettant de répondre aux problématiques qui peuvent se poser en matière de télémédecine.

Un point de vigilance : La **délégation de certaines tâches médicales** à des auxiliaires médicaux doit être **encadrée au sein d'un protocole de coopération** afin que chacun ne soit responsable que des actes effectivement délégués.

En effet, en cas de transfert d'activités ou d'actes de soins entre médecins et auxiliaires médicaux (infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, orthoptistes...), un protocole de coopération, soumis à l'ARS et validé par la HAS (L. 4011-1 et suiv. CSP) devra être conclu afin d'encadrer ce transfert de compétences et les conséquences pouvant en résulter en termes de responsabilité. Ce document a pour objectif d'apporter un éclairage sur les nouvelles situations créées par la télémédecine en matière de responsabilité et de répondre aux questions concrètes que peuvent être amenés à se poser les acteurs de terrain : Qui fait quoi ? Qui est responsable de quoi ? Et sur quel fondement ?

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** (art. R. 6316-2 CSP). Il doit expliquer au patient en quoi consiste l'acte de télémédecine, la **différence** avec une prise en charge classique, les **risques** spécifiques inhérents à ce type d'acte et les **garanties** en matière de **secret des informations médicales**.

³² Rapport DGOS 2012

http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf

Il est important **d'indiquer dans le dossier** du patient le jour où il a été informé. **A la lecture des dispositions législatives et réglementaires notamment déontologiques, il apparaît que le médecin ne peut planifier une première consultation en télé-médecine.** En effet, l'entretien physique demeure indispensable pour pouvoir délivrer cette information avant tout recours à un processus de télé-médecine et obtenir ainsi le **consentement libre et éclairé du patient**. De même l'entretien physique est nécessaire pour la réalisation de l'examen clinique et l'identification du médecin par le patient et vice et versa.

Ainsi que l'indiquait déjà le **rapport établi par Pierre Simon et Dominique Acker en 2008**³³ : « Comme le rappelle le code de déontologie, le patient doit donner son **consentement** préalable à tout acte de télé-médecine, en dehors d'une situation d'urgence. Le médecin s'engage alors à respecter les **règles de la déontologie médicale** appliquées à la télé-médecine. Le consentement donné par le patient à la télé consultation ne vient pas conclure seulement une information sur les risques directs et indirects de l'acte de télé-médecine, mais également un choix consenti à l'alternative que représente la consultation traditionnelle en l'absence de situation d'urgence. »

L'obligation d'information incombe au médecin qui intervient dans la prise en charge d'un patient. Au cours d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise, le médecin requérant, en lien direct avec le patient, est débiteur de cette information, avant le recueil du consentement à l'acte de télé-médecine.

Le médecin a l'obligation d'obtenir le consentement du patient pour tout acte médical survenant en dehors de l'urgence. Il doit recueillir le consentement libre et éclairé de son patient sur la prise en charge médicale ainsi que sur l'usage même d'un procédé de télé-médecine. Le médecin doit également obtenir l'autorisation du patient pour que l'ensemble des intervenants à l'acte puissent avoir accès aux données de son dossier médical (partage de l'information).

En cas de **contentieux**, le médecin pourra rapporter la **preuve de ce consentement** par tous moyens. Dès lors, le professionnel est **relativement libre dans la manière de délivrer l'information et recueillir le consentement**. Une pratique courante est de faire signer un document au patient afin de se préconstituer une **preuve écrite**. Toutefois, l'information écrite ne peut jamais se substituer à l'information orale, plus personnalisée. La délivrance de cette information doit être tracée dans le dossier médical. En cas de refus du patient de se soumettre à un acte de télé-médecine, le médecin doit respecter ce refus et informer le malade de ses conséquences (art. R. 4127-36 CSP). Il lui est conseillé de consigner ce refus dans le dossier médical et de tout mettre en œuvre pour que le patient puisse être pris en charge via un autre procédé médical.

Il est proscrit de faire signer une **décharge de responsabilité**, un tel document n'a **aucune valeur juridique** et ne sera pas admis en cas de contentieux.

³³ Rapport Pierre Acker 2008 - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

Les professionnels de santé intervenant dans l'acte de télémédecine doivent faire figurer dans le dossier du patient le **compte-rendu de la réalisation de l'acte, les actes et prescriptions médicamenteuses effectués, l'identité des professionnels de santé participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte** ainsi que les incidents techniques éventuellement survenus (art. R. 6316-4 CSP).

Chacun, qu'il soit médecin requérant, requis ou auxiliaire médical, est chargé, pour sa part, de tracer dans le dossier les informations pertinentes concernant son intervention auprès du patient.

Le **médecin requérant**, qui sollicite l'intervention d'un confrère, maîtrise l'ensemble de l'information disponible et sélectionne celles qu'il fournit aux différents intervenants pour procéder à la réalisation de l'acte médical demandé. En cas de doute sur le point de savoir si l'ensemble des informations a bien été transmise, le praticien concerné doit les solliciter ou s'abstenir de poser un avis ou un diagnostic

Le **médecin requis**, qui répond à la sollicitation de son confrère requérant, doit avoir connaissance des éléments du dossier médical qu'il juge nécessaires pour donner son avis de spécialiste. De même, les auxiliaires médicaux concernés doivent avoir accès au dossier du patient. L'identification des responsabilités tiendra compte de **l'asymétrie éventuelle des connaissances** dans laquelle les médecins requis peuvent se trouver par rapport au médecin requérant. Si tous les moyens liés à la connaissance du dossier médical ne sont pas correctement donnés ou utilisés, le médecin requérant comme le médecin requis pourront être déclarés, en cas de dommage, seul ou solidairement responsables d'une négligence fautive.

En toutes circonstances, le **secret médical** doit être **respecté** par les professionnels ayant accès au dossier du patient, tant en ce qui concerne l'obtention des données personnelles de santé, que la circulation et les échanges de ces données médicales.

Lors d'une téléconsultation, entre médecins d'établissements publics de santé : Les **établissements publics de santé sont responsables de l'organisation des soins** et donc, à ce titre, de la télémédecine.

Entre médecins d'établissements de santé privés : Si le médecin requérant ou requis est salarié, l'établissement de santé sera responsable de l'organisation de la télémédecine à l'égard du patient avec lequel il a conclu un contrat de soins.

Le médecin requérant libéral est en relation contractuelle avec son patient et sera donc responsable d'éventuelles conséquences dommageables. Cette responsabilité pourra être solidaire en cas de dualité de fautes entre médecin requérant et médecin requis ou en cas de difficulté pour déterminer la cause principale du dommage.

Entre **médecins d'établissements de santé publics et médecins d'établissements de santé privés ou médecins libéraux** : La situation est celle d'un co-diagnostic et/ou co-prescription par deux médecins dont le statut juridique diffère. Les cas de figure varieront selon que le médecin requis ou requérant sera salarié ou non de l'établissement privé. Toutefois, les règles juridiques applicables demeurent celles énoncées plus avant avec la possibilité de condamnation in solidum des intervenants.

Dans le cadre d'un acte de **téléexpertise**, en cas **d'erreur de diagnostic**, il appartient au **médecin requis** de tenir compte des **limites inhérentes à la pratique de la téléexpertise** telles que la **sélection** ou **l'altération** de l'information transmise par le médecin requérant et, en cas de doute, de solliciter une **expertise complémentaire**.

Le **médecin requis** est **responsable du diagnostic** qu'il pose au regard des informations fournies par son confrère. Le médecin de proximité, dit requérant, est responsable pour sa part des **informations recueillies et télétransmises**, de **l'information délivrée au patient** et de la **décision finale** sur le choix thérapeutique.

Le patient qui, suite à une téléexpertise ou à une téléconsultation, subit un dommage en lien direct avec une **erreur d'expertise du médecin requis** pourra **engager sa responsabilité délictuelle**. Il devra rapporter la preuve que le médecin requis a donné au médecin requérant une information médicale erronée qui lui a causé de manière directe et certaine un préjudice avéré.

Si l'erreur de diagnostic est constitutive d'une faute commune, le juge prononcera une responsabilité solidaire du médecin ou de l'établissement requérant et du médecin ou de l'établissement requis. Ex : Jugement du Tribunal Administratif de Grenoble du 21 mai 2010, n° 0600648 : Le tribunal retient une faute de diagnostic dans l'interprétation des images du scanner réalisé lors de la réadmission du patient qui faisait apparaître un engagement cérébral majeur avec un début d'engagement temporal. Ce signe radiologique majeur très important a été ignoré par les médecins qui ont examiné les images médicales dans les deux établissements.

Le tribunal relève que si le CHU invoque un doute sur la réception de deux planches d'images par son service de neurochirurgie et une interrogation sur la qualité des images, il ne ressort d'aucun élément du dossier que les médecins qui les ont reçues et interprétées aient émis des réserves sur la qualité et leur caractère complet, ni qu'ils aient suggéré de les compléter.

Pour le tribunal, l'erreur de diagnostic, constitutive d'une faute commune à l'établissement d'accueil ainsi qu'à l'établissement expert, engage la responsabilité solidaire de ces derniers à l'égard des ayants droit de la victime.

La situation est relativement similaire à celle où le médecin prend un avis auprès d'un spécialiste

Entre médecins d'établissements de santé publics au niveau des régimes de responsabilité : la situation est identique à la téléconsultation ce qui signifie que les établissements de santé publics assument la responsabilité en cas de dommage sauf si le médecin a commis une faute détachable de l'exercice médical.

Pour la téléexpertise, entre médecins d'établissements privés ou médecins libéraux : la responsabilité contractuelle est assumée par celui qui a conclu un contrat avec le patient. Entre médecins d'établissements de santé publics et médecins d'établissements de santé privés ou médecins libéraux : il s'agit de bien identifier qui assume les décisions vis-à-vis du patient.

A noter que le **patient dirigera le plus souvent son action contre le médecin requérant** (de proximité), à charge pour ce dernier de former un appel en garantie à l'encontre de l'établissement ou du confrère requis. En cas de pluralité de fautes imputables au médecin requérant et au médecin requis ou en cas de difficulté pour déterminer la cause principale du dommage, le juge pourra prononcer une condamnation solidaire. Afin de pallier toute difficulté éventuelle, les médecins requérant et requis procèdent à une protocolisation des procédures distinguant leurs rôles respectifs et actant les différents avis médicaux émis ainsi que les décisions diagnostiques et thérapeutiques ayant été prises.

Les **outils de transmissions des indicateurs de surveillance** (télésurveillance) sont soumis à une **exigence de conformité et de sécurité** (art. L. 5211-1 CSP). En cas de dysfonctionnement, une

déclaration d'incident devra être faite par le professionnel. Le médecin requérant (traitant) a l'obligation d'utiliser un matériel fiable et certifié.

L'auxiliaire médical impliqué dans la télé-surveillance sera responsable, pour sa part, des tâches accomplies dans le cadre de la délégation opérée par le médecin traitant.

Le **régime de responsabilité** de la **téléassistance** est le **même** que pour les actes de **téléconsultation ou de téléexpertise**.

Le médecin qui assiste un confrère par télémédecine partage la responsabilité de la démarche diagnostique ou de l'acte thérapeutique. Le médecin qui assiste un infirmier (dialyse) engage

En conclusion donc, au plan des responsabilités juridiques des professionnels de santé, rien ne change donc fondamentalement avec la télémédecine. La rédaction de conventions entre les différents intervenants à l'acte de télémédecine permettra de délimiter la nature précise de leurs engagements respectifs et les contours de leur responsabilité. Que ce soit au niveau de la détermination des responsabilités à l'égard du patient ou dans le cadre d'un recours en garantie entre les intervenants condamnés solidairement, le juge tiendra compte des obligations de chacun.

SONDAGE TELEMEDECINE 360 ET FASN³⁴

Les résultats du sondage réalisé par Télémédecine 360 et Faire Avancer la Santé Numérique sont sans appel concernant le déploiement de la télémédecine en France.

Partant du constat que le déploiement de la télémédecine en France fait face à de nombreux obstacles malgré le plan national stratégique de déploiement arrivant à échéance (Article 3 Mars 2016), Télémédecine 360 et la campagne Faire Avancer la Santé Numérique ont réalisé un sondage dédié à la télémédecine.

Le sondage a été mis en ligne sur le site de la campagne Faire Avancer la Santé Numérique tout au long du mois de mars avec une promotion de celui-ci sur Télémédecine 360 ainsi que sur les réseaux sociaux.

Concernant la méthode de sondage, il s'agit d'un **sondage anonyme** en ligne sur la base du volontariat et non aléatoire. 5 questions étaient posées concernant la législation relative à la télémédecine, la réponse de la télémédecine au défi de la désertification médicale, l'avancée du déploiement des activités de télémédecine en France, les méthodes de tarifications appropriées, ainsi que concernant l'offre de formation en télémédecine. Les résultats sont présentés sous la forme d'une infographie retranscrite en fin d'article.

Concernant la première question, près de la moitié des répondants (49%) ont indiqué correctement que la télémédecine était entrée dans le Code de la Santé Publique avec la loi HPST en 2009. Plus d'un quart des répondants ne s'est pas prononcé (26%) et près d'un quart des répondants se sont trompé (25%). Il s'agit de la question avec la part la plus importante de répondants choisissant de ne pas se prononcer sur les choix possibles. Seulement 1 personne sur 2 connaissait effectivement le texte de loi ayant permis l'introduction de la télémédecine dans le Code de la Santé Publique.

A propos de la désertification médicale, plus de trois quarts des répondants (77%) estiment que la télémédecine peut répondre à ce problème fortement (48%) ou un peu (29%). Ces résultats sont ainsi en accord avec la place accordée à la télémédecine dans les Pactes Territoires Santé 1 et 2.

³⁴ FASN, « Sondage FASN - La télémédecine est insuffisamment déployée en France pour plus de 75% des répondants ».

Concernant le déploiement des activités de télémédecine, plus de trois quarts des répondants (79%) ont aussi répondu que la télémédecine n'était pas assez (54%) ou trop peu (25%) développée, confirmant les remontées de la part des professionnels de santé et industriels effectuées depuis plusieurs mois au gré des événements et conférences en lien avec la télémédecine.

Le financement des activités de télémédecine étant l'un des éléments les plus importants pour permettre le déploiement massif des activités en France, une question sur le modèle de financement adapté a été posé. Les réponses proposées ont été définies en fonction des propositions du rapport du Conseil National du Numérique relatif au champ de la santé. **40% des répondants ont répondu que la tarification à l'acte était la plus pertinente selon eux, 12% ont répondu que la tarification au forfait était plus adaptée, et près d'un tiers des répondants (32%) pensent qu'un financement mixte serait le mieux adapté.**

Nous rappelons qu'aujourd'hui la tarification à l'acte est le modèle retenu par l'Assurance Maladie pour le dépistage de la rétinopathie et pour l'expérimentation sur les plaies chroniques, alors qu'une tarification mixte ou au forfait permettrait de prendre mieux en compte la notion de parcours de soins et de prise en charge globale du patient.

Enfin, sur le plan de la formation, **plus de 8 personnes sur 10 (86%) estiment que l'offre de formation dédiée à la télémédecine est aujourd'hui insuffisante en France**, à savoir très peu développée pour 48% des répondants, et pas assez développée pour 38% des répondants. Il s'agit d'un constat que Télémédecine 360 a déjà mis en lumière en 2016. La mise en place d'un diplôme inter-universitaire de télémédecine pour l'année 2016/2017 pourrait être une réponse pour les professionnels en activité, mais la télémédecine pourrait aussi être plus appuyée dans la formation initiale médicale et paramédicale.

En conclusion, ce sondage réalisé conjointement par Télémédecine 360 et Faire Avancer la Santé Numérique a permis de mettre en évidence que la télémédecine est aujourd'hui considérée comme un élément important pour lutter contre la désertification médicale, mais dont le déploiement des activités n'est pas encore jugé comme satisfaisant, et dont l'offre de formation est insuffisante. L'échantillon étant faible et non représentatif, ces résultats sont cependant à interpréter avec précaution.

ENQUETE FDA-BFM SUR LA TELEMEDECINE³⁵

Dans le cadre de sa mission sociale, de soutien de l'innovation dans les pratiques de soins et d'accompagnement, la **Fondation de l'Avenir**, en partenariat avec la **Banque Fédérale Mutualiste**, a souhaité connaître l'état de l'opinion des Français en matière de télémédecine.

Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Dans ce contexte, la Fondation de l'Avenir a demandé à Mediaprism de réaliser une enquête quantitative sur **1154 personnes**, répondant à plusieurs objectifs :

³⁵ Fondation de l'avenir, « Enquête FDA-BFM - Télémédecine - 18 octobre 2012 - enquete-fda-bfm-telemedecine-2012.pdf ».

1. Dresser un panorama de la télémédecine, et plus particulièrement la téléconsultation et la télésurveillance (notoriété, image, intention d'utilisation)

2. Identifier les leviers et les freins du Grand Public à l'égard de cette discipline

3. Identifier les acteurs qui peuvent jouer un rôle pour le développement de la télémédecine

L'enquête a été réalisée online auprès de la communauté EmailtVous, composée d'internautes âgés de 18 ans ou plus. L'échantillon a été redressé sur les critères de genre, âge, CSP individu, lieu de résidence, taille d'agglomération et revenu net du foyer de manière à être représentatif de la population de 18 ans ou plus.

Le terrain a été mené du 13 au 20 septembre 2012.

La notion de « **télémédecine** » **semble familière pour ¾ des répondants**. En revanche, seul ¼ d'entre eux déclarent savoir en quoi **cela consiste réellement**.

Dans cette enquête, on se rend compte que les individus les plus **avertis**, hormis les professionnels du secteur médical, **sont les seniors et les Franciliens**.

A contrario, les **moins de 35 ans** et les CSP- ont un **niveau de connaissance particulièrement bas** de la télémédecine.

On constate un réel sentiment de sous-information quant à la télémédecine : près de 2/3 des répondants se considèrent mal informés à ce sujet.

On s'aperçoit cependant que la télémédecine a une bonne image globale, principalement chez certains types de publics.

Si l'ensemble des personnes interrogées (74%) a une bonne perception de la télémédecine au global, ceux qui connaissent au moins de nom la télémédecine en ont une excellente image (82%).

Premiers publics séduits : les habitants des petites villes, les CSP+, les 65 ans et plus, les hommes... et les personnes dont aucun membre de l'entourage n'est médecin.

Plusieurs constats s'ajoutent au bon accueil global réservé à la télémédecine. Les répondants la perçoivent comme un bon moyen de **maintenir les personnes âgées à domicile**, de **palier à la désertification médicale** dans les zones rurales, et de **compenser le manque de personnel** dans ce secteur professionnel.

En revanche, peu de répondants y voient un aspect « ludique »

TELECONSULTATION

On constate deux niveaux d'intention concernant la téléconsultation.

En effet, si une large moitié de répondants pourrait y faire appel pour eux-mêmes (56%)... peu seraient prêts à y avoir recours pour leurs parents dépendants (38%), ou moins encore pour leurs enfants (34%). Le profil le plus retrouvé est masculin, âgé de 65 ans ou plus, CSP+ ou inactif, disposant d'une mutuelle personnelle, et n'ayant pas de médecin dans son entourage proche.

Quid des freins et leviers de la télémédecine ?

Des freins qui se cristallisent autour de la peur d'un **diagnostic incomplet / erroné**, et de la **déshumanisation de la médecine**.

Les leviers en revanche se concentrent sur l'aspect « **praticité** » et « **réactivité** » de ces disciplines

A noter : modernité et aspect « hygiénique » importent peu.

Les répondants attribuent à chacune des disciplines un public-cible légèrement différent. Ainsi, pour la majorité des répondants (6 sur 10), la téléconsultation concerne **tous types de publics**.

Si l'âge est un facteur clivant, ce n'est pas le cas de la zone de résidence. Les répondants estiment ainsi que **téléconsultation et télésurveillance concernent tout un chacun**, qu'il habite dans **village, petite ou grande ville**.

Si les deux tiers des répondants font preuve d'optimisme vis-à-vis de l'avenir de la télémédecine au global...

... on constate un décalage entre le rôle qu'ils attribuent à la téléconsultation et à la télésurveillance. La première est ainsi plus perçue comme une solution de dépannage, tandis que la seconde semble plus considérée comme une future pratique courante.

Pour installer ces disciplines dans le temps, plusieurs acteurs sont identifiés par le grand public : tout d'abord les praticiens eux-mêmes, suivi de près par la Sécurité Sociale, et par les mutuelles.

Des répondants certes optimistes pour l'avenir de la télémédecine... mais qui ont deux pré-requis à son égard : téléconsultation et télésurveillance se doivent de garantir la **confidentialité** des données (96%) et être **moins chères** que la médecine traditionnelle (79%).

Il apparaît par ailleurs **inconcevable** pour deux tiers des répondants que ces prestations ne soient pas **entièrement prises en charge par la Sécurité Sociale**.

Si l'on ne devait retenir que 10 chiffres :

75% des répondants connaissent au moins de nom la télémédecine.

23% voient précisément de quoi il s'agit.

75 % déclarent connaître au moins de nom la téléconsultation et 79% la télésurveillance.

Parmi eux, seul un quart déclare réellement connaître la téléconsultation et un tiers la télésurveillance.

Ces chiffres s'améliorent au sein des populations plus âgées, et chez les professionnels du secteur médical.

63% des individus interrogés s'estiment mal informés concernant la télémédecine, ses pratiques, ses avantages, inconvénients, risques.

74% ont une bonne image de la télémédecine

56% des répondants seraient prêts à faire appel à la téléconsultation et 60% à la télésurveillance pour eux-mêmes

66% d'entre eux sont optimistes concernant l'avenir de la télémédecine

Conclusion de cette enquête :

La télémédecine : on « connaît sans connaître »

Ainsi, s'il apparaît de prime abord que le terme télémédecine est un concept connu par une majorité de répondants (75%), très peu d'individus déclarent finalement savoir en quoi cela consiste réellement (23%).

Le mécanisme est similaire en faisant le distinguo « télésurveillance » et « téléconsultation ».

Une large majorité d'individus déclare connaître au moins de nom chacune de ces deux disciplines (resp. 75% et 79%). Pourtant, seuls un quart d'entre eux déclare réellement connaître la téléconsultation et un tiers celle de la télésurveillance.

A noter : ces chiffres s'améliorent au sein des populations plus matures, et chez les professionnels du secteurs médical.

Ce niveau de connaissance superficiel est à relier au faible niveau d'information personnelle en matière de télémédecine.

Près de deux tiers des répondants se considèrent en effet mal informés à ce sujet.

Malgré cela, la télémédecine est perçue positivement, et ce plus encore par ceux qui connaissent au moins de nom cette discipline.

Les répondants la perçoivent ainsi comme un bon moyen de maintenir les personnes âgées à domicile (87%), de palier à la désertification médicale dans les zones rurales (77%), et de compenser le manque de personnel dans ce secteur (63%).

Le niveau d'intention de faire appel à ces deux disciplines est variable.

Les répondants se montrent assez frileux à l'égard de la téléconsultation, avant tout pour leurs enfants (34% pourraient y avoir recours), et pour leurs parents dépendants (38%). 56% d'entre eux pourraient en revanche y faire appel pour eux-mêmes.

La télésurveillance reçoit un meilleur accueil : 6 répondants sur 10 pourraient y avoir recours pour eux-mêmes ou pour leurs parents dépendants. Les craintes restent en revanche fortes concernant leurs enfants.

***Principaux leviers (en assisté) :** possibilité pour le malade de rester chez lui, gain de temps (téléconsultation et télésurveillance), intervention rapide en cas d'urgence et suivi en temps réel (télésurveillance uniquement). La modernité et l'aspect hygiénique ne constituent pas des leviers.*

***Principaux freins (en assisté) :** préférence pour le contact direct avec un médecin, sentiment de déshumanisation de la médecine (téléconsultation et télésurveillance), consultation de moins bonne qualité / crainte d'un mauvais diagnostic (téléconsultation uniquement), peur d'une défaillance technique (télésurveillance uniquement).*

La télémédecine est un dispositif qui a sa place dans l'avenir.

Deux tiers des répondants sont optimistes concernant l'avenir de la télémédecine, même s'ils n'ont pas la même vision de chacune des deux disciplines. Pour la majorité d'entre eux, la téléconsultation deviendra une solution de dépannage, tandis que la télésurveillance pourra devenir une pratique courante.

Cette étude nous prouve bien que la télémédecine est pour le grand public une solution indispensable d'avenir et qu'il est absolument nécessaire de développer cette offre.

Télémédecine en médecine générale rurale (2010)³⁶

Cette étude datant de 2010, par Jean-Sebastien DUPEYRAT, explique les premières conclusions via une enquête quantitative et enquête d'opinion sur les expérimentations de télémédecine en médecine générale rurale, via une e-valise connectée entre le médecin généraliste et le CHU le plus proche à travers le département des Alpes Maritimes.

La télémédecine médecine utilisant les technologies de l'information et de la communication fait partie de l'avenir de la pratique médicale.

La pratique et l'engouement de celle-ci par la jeune génération de médecin ne laisse pas d'hésitation.

³⁶ Dupeyrat, « Télémédecine en médecine générale rurale ».

Les instances gouvernementales notamment par le biais de la récente loi HPST souhaite uniformiser l'accès aux soins et que la télémédecine ait sa place dans le réseau médical.

En médecine libérale ou en médecine hospitalière, la prise en charge multidisciplinaire d'un patient et le partage d'un dossier médical sont la base d'une prise en charge moderne.

Le département des Alpes-Maritimes par le biais du Conseil Général a développé un programme d'instauration de télémédecine via son projet Médecin@païs.

L'investissement dans le projet s'est étendu à la médecine générale rurale afin de proposer aux médecins ruraux la possibilité d'une télé expertise.

Ce projet est le premier en France à proposer à des médecins généralistes travaillant en zone à démographie médicale faible de pouvoir bénéficier d'un avis spécialisé, télé expertise, via un transfert d'examen complémentaires par réseau sécurisé et donc officiel, par les services du chez CHU de Nice.

Ce projet de e-valise, appuyé sur la mise à disposition de valise Mercuria, mise au point par la société CAMKA a été accueilli avec enthousiasme par les médecins volontaire du haut pays du département des Alpes-Maritimes.

Une valise a été fournie au SDIS 06 (service département incendie et de secours des Alpes-Maritimes) et associée à une parabole pour télétransmission via satellite si nécessaire.

L'observation s'est basée sur un an d'utilisation, deux enquêtes d'opinion, une enquête auprès de jeunes médecins et du retour d'expérience des médecins pompiers (mission humanitaire Haïti en janvier 2010). Elle lui permet de poser les premières conclusions au sujet de la télémédecine en médecine générale rurale.

Si les différents rapports réalisés à la demande des ministères sur ce thème parlent d'organisation de soins, d'accès aux soins, de consentement des patients, une première conclusion est que, d'un point de vue médical il semble primordial de juger également de l'acceptabilité d'un projet de télémédecine par les médecins.

Imposer la télémédecine avec ses « erreurs de jeunesse » au médecin généraliste dans un premier temps serait une erreur. Ce projet « e-valise » leur a montré l'importance de ce point avec la mise à disposition d'un appareil dans l'utilisation pratique a moyennement séduit les praticiens. Cet appareil est de très bonne qualité mais possède un cahier des charges trop rigoureux, rédigé en 2008 en fonction des connaissances dans on disposait dans ce domaine, qu'il conviendrait de réévaluer.

Les enquêtes d'opinion ont mis en évidence plusieurs de ses points, primordiaux aux yeux des médecins généralistes.

Pour une acceptabilité optimale et donc une utilisation pérenne de la télémédecine en médecine générale, cette expérience leur a montré l'importance du dispositif de télémédecine et des qualités matérielles de celui-ci :

- la facilité d'utilisation (écran tactile, dispositif constamment allumé et prêt à l'emploi, connecté au réseau de téléphonie mobile, synchronisation des dossiers patients avec l'ordinateur du cabinet
- la portabilité de l'ensemble avec dans l'idéal, le port de l'appareil de télémédecine dans la malette de visite à domicile, le tout pouvant s'apparenter à de la technologie de téléphonie mobile moderne la connectique des examens complémentaires devrait être idéalement sans fil ou pensée pour un minimum d'encombrement

- la fiabilité d'accès au réseau est primordiale et son service d'assistance en cas de problème technique l'est tout autant pour une adhésion optimale au projet

Ces points sont d'autant plus importants en médecine générale que l'activité de télémédecine est peu fréquente. Cette étude quantitative et cette observation sur un an ont montré une grande autonomie des médecins généralistes dans leur prise en charge allant crescendo avec leurs expériences professionnelles et leur ancienneté d'installation (et donc le réseau de confrère spécialiste)

L'apport de la télémédecine devient ainsi important chez les jeunes praticiens récemment installés et n'ayant pas encore de réseau de correspondants libéraux.

L'évaluation des jeunes médecins a montré un réel engouement pour la télémédecine dans l'hypothèse d'une pratique en zone isolée.

L'utilisation étant peu fréquente, les praticiens doivent disposer d'un matériel non limitant pour une acceptabilité optimale. L'enquête d'opinion a ainsi montré et ce, sans modification entre décembre 2009 et juin 2010, que le facteur temps était limitant.

L'utilisation de la valise est restée pour la plupart du temps cantonnée au cabinet médical alors que la vocation première de cette valise est d'être transportable.

Le dispositif doit ainsi être intuitif d'utilisation, peu contraignant et très rapide.

L'exemple concret serait d'obtenir une utilisation naturelle de cet outil numérique pour la réalisation des électrocardiogrammes, de photos pour illustrer le dossier du patient, de spirométries et choisir dans un second temps si une télétransmission est nécessaire. La synchronisation avec l'ordinateur du cabinet rapportera les examens complémentaires nouveaux et l'observation de la consultation en cas d'une visite.

La rémunération de l'acte de télémédecine est nécessaire pour une adhésion et une reconnaissance de celle-ci.

L'investissement en temps non négligeable par les médecins doit être pris en compte. Les différents rapports concluent également en faveur de l'instauration d'une cotation. Les praticiens interrogés se défendent d'un but lucratif (leur engagement en zone rurale en est la justification première). Une tarification spécifique devrait être pensée.

Les médecins plus expérimentés souhaitent une ouverture à leur réseau libéral de confrères spécialistes.

Un avenir de solutions informatiques est nécessaire pour la mise au point de ces réseaux officiels d'avis médicaux à distance entre différents médecins libéraux.

Le développement de la formation médicale continue serait d'une utilité certaine pour rassembler les médecins généralistes exerçant de manière isolée, bien qu'ils se réservent sur un manque de disponibilité et répondent avec prudence sur le sujet. Les possibilités de visioconférence permettent à ce jour l'organisation de réunion de groupe de pairs de manière aisée.

Encore une fois, le critère principal de recrutement est la facilité d'accès, donc l'acceptabilité des médecins généralistes à cette dynamique quasi universitaire chez des praticiens exerçant seuls dans des zones rurales.

Au total les différents rapports nationaux et conclusion de travaux entrepris à ce jour sur la télémédecine conclu positivement sur le déploiement de celle-ci à l'échelon national, la loi HPST ayant également intégrée la télémédecine dans ces textes

Les précautions sont portées sur l'acceptabilité des patients à la pratique de la télésanté, à son impact économique. Cette analyse sur un an a mis en évidence que le spectre de la médecine générale rurale, spécialité que la télémédecine vise à toucher pour promettre une meilleure égalité d'accès aux soins, l'acceptabilité de la télémédecine par ces médecins est également à placer en premier objectif. Leurs disponibilités durant un an pour cette étude et les enquêtes d'opinion ont montré une forte implication pour la médecine qu'il pratique, les soins qu'ils dispensent dans ces zones isolées mais également dans l'accueil de ces nouvelles technologies. Leur participation et non-participation à cette étude ont été honnêtes. Malgré un département où le déplacement routier est aisé dans la majorité des cas et l'isolement donc relatif, l'expérience de l'utilisation de la télémédecine en médecine générale rurale semble être positive au vu de l'unisson des résultats et suggestions de l'enquête de juin 2010.

Une amélioration technologique une évolution est souhaitée par le corps médical concernant la portabilité et la rapidité d'utilisation. Cette première génération de valise de télémédecine s'avère probablement plus adaptée à une utilisation à visée plus collective comme l'équipement d'hôpitaux locaux, de services de soins de suite et de réadaptation, d'EHPAD, de véhicules infirmiers pompier, de refuges de montagne, le cahier des charges actuel de la e-valise étant étudié pour une utilisation « sans compromis »

Ce premier projet national de télémédecine « mobile » entre médecine générale rural libérale et établissement public de santé a montré l'importance primordiale de la fiabilité, du dynamisme du réseau et de la facilité d'utilisation du dispositif pour une adhésion des médecins généralistes et des experts requis.

La télémédecine en médecine générale rurale peut être un projet pour la filière universitaire de la spécialité médecine générale en proposant entre autre une formation initiale à la télémédecine, une FMC et l'organisation de groupe de pairs spécifiques à l'activité en zone isolée.

Naissance de la télémédecine en EHPAD dans le bassin du Muret en 2011³⁷

La mise en place de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de santé de Muret est née d'un appel à projet lancé par l'ARS Midi-Pyrénées en juin 2011.

En effet le développement de la télémédecine est inscrit comme l'une des priorités du projet régional de santé de l'ARS Midi-Pyrénées.

L'auteur a réalisé une description des modalités d'organisation de la mise en place de la télémédecine au sein de ce bassin de santé. Ce projet a nécessité l'implication et la mobilisation de différents acteurs :

- Les EHPAD, dans trois ont été définis comme pilote.

³⁷ Cervera, « Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de Muret ».

- Le comité de pilotage composé d'une équipe socle pluridisciplinaire, ainsi que deux institutions, l'ARS Midi-Pyrénées et le GCS Télésanté Midi-Pyrénées
- Les établissements de santé référents : la clinique d'Occitanie et le centre hospitalier de Muret, le Gérontopôle.

Les réunions entre ces acteurs ont permis la concrétisation de et l'avancée du projet les ressources technique et financière au permis l'installation du matériel dans deux EHPAD pilote ainsi que deux exemples établissement de santé référant à l'heure actuelle.

Seul l'EHPAD Le Bary à démarré les téléconsultations depuis le 5 novembre 2013. A terme il est prévu que les 18 EHPAD du bassin du Muret intègrent le projet. D'autres établissements de santé du bassin seront concernés dans un deuxième temps, la polyclinique médicale de la Lèze, la clinique du château de Seysses et le centre hospitalier Gérard Marchant, élargissant la pratique de la télémedecine à la prise en charge des pathologies psychiatriques.

La télémedecine présente de nombreux avantages tant sur le plan médical que sur le plan économique, citons par exemple le confort du patient en le maintenant dans son lieu de vie et en lui évitant des déplacements parfois longs et souvent coûteux.

Toutefois, pour que cette pratique s'intègre parfaitement dans notre système de santé, l'auteur conclut qu'il apparaît indispensable que l'exercice de la télémedecine soit rapidement reconnu dans le cadre de la classification commune des actes médicaux.

En quoi la télémedecine modifierait-elle la relation médecin patient en médecine générale ? (2012)³⁸

Une étude réalisée en 2012 par Eve BOURGUET précise les changements de relation éventuels entre les médecins et les patients en réalisant pour cela une enquête qualitative. Devant une forte volonté politique de déploiement de la télémedecine en France elle s'est interrogée sur les évolutions possibles de cette relation lors d'une téléconsultation. Elle a réalisé une étude qualitative par *focus group* médecin et patient puis comparé les représentations que les deux protagonistes formulent de leur relation.

Cette étude révèle une différence de point de vue : les médecins pensent que la relation serait de moins bonne qualité alors que les patients pensent qu'elle resterait identique.

Toutefois elle a observé qu'il existe de nombreuses concordances d'opinions concernant les changements concernant la téléconsultation.

En premier lieu, l'absence de rencontre physique rendrait plus difficile la communication verbale que non verbale avec un risque déshumanisation ou de familiarisation de la relation.

L'impossibilité de réaliser un examen clinique aboutirait à des erreurs diagnostiques particulièrement redoutées par les médecins.

Les participants s'accordent sur le fait que la téléconsultation ne serait pas une solution à la désertification médicale. De plus, ils pensent qu'elle favoriserait une ségrégation des patients

³⁸ Bourguet et Zirari, « En quoi la téléconsultation modifierait-elle la relation médecin-patient en médecine générale ».

(couverture du réseau ADSL, coûts d'informatisation, technicité d'utilisation), entraînant une inégalité d'accès aux soins.

La téléconsultation serait également source d'une dérive consumériste, aboutissant à de nouvelles dépenses de santé.

Les participants n'envisagent cette pratique qu'en complément de la consultation : un moyen supplémentaire pour mettre en relation le médecin et son patient. La téléconsultation ne pourrait être utilisée que si les deux acteurs se connaissent déjà, avec un contact physique antérieur : elle ne serait qu'un « prolongement de la relation réelle ». Dans ces conditions, les médecins et les patients imaginent de nombreuses indications : conseils médicaux, renouvellement d'ordonnance, psychothérapie, gestion de pathologies bénignes, pré consultation, télé expertise.

Les opinions des médecins et des patientes divergent sur quelques points. Les médecins, lors d'une téléconsultation, sont persuadés que leurs compétences médicales seraient appauvries et même amputées. Cette certitude associée au flou du cadre légal engendre la peur de prise de responsabilités.

Les patients quant à eux restent confiants envers les compétences médicales de leur médecin. Ils craignent qu'une nouvelle responsabilité leur incombe : la description précise de leurs symptômes. Le tarif de la téléconsultation a de même suscité des visions différentes. Alors que les patients s'entendent pour un tarif inférieur à celui actuel, les médecins défendent un tarif identique, tout en étant convaincus qu'une rémunération inférieure leur sera arbitrairement imposée.

Les craintes des médecins et des patients relatives à l'utilisation de ce nouveau moyen de consultation s'explique par une méconnaissance de la téléconsultation et également par un questionnement sur sa réelle place en médecine générale, notamment en tant que réponses aux problématiques de démographie médicale. Compte tenu des nombreuses mesures (facilité d'installation, améliorer les conditions d'exercice ...) proposées pour faire face à ses difficultés, l'auteur s'interroge sur la légitimité du développement de la téléconsultation en médecine de premier recours.

A l'heure actuelle en France, la téléconsultation n'est pas encore pratiquée (sauf expérimentations) en médecine générale, il serait intéressant pour elle de poursuivre cette étude par une évaluation de la relation médecin-patient dans des situations réelles de téléconsultation en gardant une attitude critique

Les représentations et expériences des médecins généralistes du Languedoc Roussillon (2013)³⁹

La conclusion d'une autre **étude qualitative réalisée en 2013 par Elisa CARRE sur les représentations et expériences des médecins généralistes du Languedoc Roussillon** nous indique que la télémédecine, pratiquée pourtant depuis longtemps, sans forcément être identifiée comme telle par les professionnels de santé, a besoin d'être redéfinie et explicitée.

Cette thèse s'inscrit dans une démarche qualitative permettant de mettre en avant la complexité des déterminants influençant la pratique quotidienne de la télémédecine par les médecins

³⁹ Carré, « Les représentations et expériences des médecins généralistes du Languedoc Roussillon ».

généralistes. Elle permet d'appréhender en profondeur et de manière plus fine les enjeux et les craintes des médecins face à cette nouvelle expérience.

Il ressort de son analyse, que les médecins voient la télémédecine à la fois comme un formidable outil de communication, permettant le partage de connaissances entre confrères, mais aussi comme un danger, lié à la distance avec le patient, et le risque important d'erreur médicale.

Cette pratique est par ailleurs source d'autonomisation, de qualité de vie et de réassurance, aussi bien pour les médecins que pour leurs patients. La télémédecine est vue comme un atout pour l'organisation des soins et permet de renforcer la relation médecin/malade.

Cependant, les médecins ont peur de ne pas trouver leur place dans ce nouveau mode de pratique de la médecine et sont demandeurs de formation technique et d'un meilleur encadrement juridique et financier de la part des autorités.

C'est là que leur position est partagée entre un désir de structure et un refus de nouvelles contraintes. La multiplication des procédures leur fait craindre une déshumanisation de la médecine.

Les médecins n'ont pas attendu ces réglementations pour utiliser ce moyen de suivi à distance, correspondant à une nécessité quotidienne et leur rapportant de réels bénéfices.

Les structures sanitaires, représentées par les ARS, se sont déjà engagées à appliquer le décret d'octobre 2010 à l'aide de contrats et de conventions, dont le but est de faciliter ces moyens de dépannage, au risque d'embarrasser les médecins de nouvelles obligations administratives.

Une éventuelle rémunération de l'acte de télémédecine, ne leur paraît pas toujours justifiée, et soulève de nombreuses interrogations par les médecins généralistes, risquent fort de compliquer l'acceptation de la télémédecine, dans laquelle les autorités de santé publique mettent pourtant tant d'espoir.

L'avis des médecins généralistes des Alpes Maritimes (2014)⁴⁰

Une étude qualitative réalisée par Mathieu STANISLAS en 2014 sur l'avis des médecins généralistes des Alpes Maritimes à partir de 15 entretiens semi dirigés conclut que leur avis concernant la téléconsultation est riche en enseignements, bien que cette technique ne soit pas encore utilisée en médecine libérale, elle est amenée à se développer dans les prochaines décennies en constituant notamment un moyen de lutter contre la désertification médicale

Cette étude se proposait donc d'analyser la vie des médecins premiers acteurs de la mise en place et du développement de cette technique.

Loin d'y être indifférents et comme nous avons pu le constater dans cette étude ils s'y intéressent, tout en se posant de nombreuses questions.

Inquiets de l'évolution de leurs pratiques, ils ont conscience du changement de la médecine, tout en privilégiant le contact avec les patients.

Ce contact, ce rapport privilégié avec le patient, les médecins interrogés y attachent une importance toute particulière.

L'évolution de se contacter par la téléconsultation représentera un enjeu essentiel quant à l'adhésion des professionnels de santé à cette nouvelle technologie.

⁴⁰ Mathieu, « La téléconsultation: l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes ».

En effet, si on remarque une ouverture des médecins face à la téléconsultation, il est important de noter que le succès de cette dernière ne se fera qu'avec leur participation.

Des formations devront être envisagés afin de les familiariser à cette technique et de permettre ainsi un essor de la téléconsultation.

Enquête auprès des médecins libéraux français (2014)⁴¹

L'objectif de cette étude était de connaître la pratique de la télémédecine en ambulatoire et l'opinion des médecins libéraux français à son égard. Il a été présenté à plus de 40 000 d'entre eux des dispositifs déjà en place dans certaines régions, allant de la simple application pour smartphone jusqu'aux cabines de télémédecine, en passant par des dispositifs de télésurveillance, de téléconsultation et de téléexpertise.

Le questionnaire quantitatif à composante qualitative a été diffusé par internet, obtenant 3047 réponses (dont 2351 exploitables) et 1144 commentaires, Ces réponses montrent l'intérêt des médecins pour un sujet d'actualité.

En réalité, presque tous les médecins pratiquent la télémédecine telle qu'elle est définie par l'OMS (« la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique »). Mais très peu ont déjà testé les dispositifs semblables à ceux que les auteurs avaient présentés. Leur utilisation reste très confidentielle.

La télémédecine suscite de nombreuses réactions, violentes, passionnées, mais aussi des commentaires positifs et encourageants, avec une utilité reconnue dans les cas d'isolement de patients, de difficulté de déplacement ou de pénurie de médecins. Plus d'un tiers des médecins interrogés étaient prêts à utiliser les dispositifs présentés dans leur pratique quotidienne.

Les avis négatifs étaient cependant majoritaires, avec une forte réticence à utiliser ces dispositifs.

Les principaux obstacles évoqués étaient la crainte d'une pratique trop chronophage, d'une rémunération insuffisante, l'inutilité d'une telle pratique, la crainte d'erreurs liées à un examen clinique incomplet et d'une déshumanisation de la médecine du fait d'une absence de contact direct.

Pourtant, l'analyse des commentaires des médecins ayant testé ces dispositifs montre que ceux-ci ne relèvent pas la déshumanisation du contact comme étant un obstacle. Dans l'ensemble, l'opinion est meilleure chez les médecins ayant déclaré une expérience en télémédecine.

On peut ainsi supposer que la télémédecine n'altère pas ou très peu la relation médecin-malade, du moins si elle est utilisée à bon escient. Des expériences de consultations psychiatriques sont notamment décrites comme étant bien adaptées.

Cependant, l'échantillon de médecins ayant testé ces dispositifs est trop faible pour pouvoir conclure avec certitude.

En effet, seuls 199 médecins avaient déjà testé l'un des quatre types de dispositifs présentés, soit 8,46 %.

⁴¹ CYPRIANI, « TÉLÉMÉDECINE EN 2014 : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX FRANÇAIS ».

En ce qui concerne la qualité des diagnostics, le coût et le temps passé, les auteurs n'ont pas eu assez de recul pour affirmer son efficacité. La mise en place d'un cadre juridique et surtout financier ainsi que l'évolution de la technique vont immanquablement faire évoluer la situation.

A n'en pas douter, pour eux la télémédecine se développera dans les prochaines années, probablement d'abord par l'utilisation de la télésurveillance et de la téléexpertise.

La téléconsultation, qui reçoit pour le moment un accueil plus réservé, devrait se répandre plutôt dans un deuxième temps.

Cette évolution impactera le rôle du médecin traitant et de ses correspondants, et les médecins libéraux devront veiller à l'accompagner afin qu'elle ne se fasse pas à leur détriment.

Leur enquête souligne que la télémédecine en est à ses balbutiements et il sera intéressant de suivre des travaux détaillés sur les réalisations qui se mettent doucement en place afin d'évaluer plus précisément les avantages et les inconvénients des divers dispositifs. Il est probable que la définition de règles de rémunération de l'acte de télémédecine en libéral soit le passage incontournable et probablement déclencheur d'une utilisation plus générale.

Dans ce cadre, un travail d'évaluation aura plus de contenu. Mais cette étape de nomenclature nécessite des bases expérimentales solides qui se font attendre, d'où la complexité et l'incertitude de la période actuelle.

L'avis des médecins d'un territoire Lorrain sur la téléconsultation (2015)⁴²

Cette étude menée en 2015 sur les omnipraticiens de lorraine montre qu'au final, depuis quelques années, les médecins généralistes sont confrontés tous les jours sur le terrain à la télésanté : les praticiens utilisent des outils numériques (ordinateur, smartphone...) pour effectuer des recherches, s'informer, recevoir des données comme les résultats des patients et transmettre les feuilles de soins.

Quant aux patients, ils se renseignent à travers les médias et surtout via Internet sur leurs pathologies et leurs traitements, rendant le colloque singulier médecin-patient, paradigme de la médecine pendant des décennies, obsolète. L'accès à ces données et l'apparition d'outils numériques dédiés à l'éducation thérapeutique confèrent au patient un nouveau rôle : celui d'acteur de sa propre santé au même titre que les différents professionnels de santé qui gravitent autour de lui. Certains auteurs parlent même « d'actient » et non plus de patient.

Une nouvelle relation médecin-patient est donc un train de se dessiner.

Cependant, malgré l'utilisation de plus en plus courante des TIC, malgré le nombre croissant de projets de télémédecine et alors que la moitié des médecins généralistes de leur enquête se disent favorables à cette nouveauté, ces acteurs et futurs acteurs de la télémédecine en général et de la téléconsultation en particulier semblent néanmoins pour l'instant démunis face à ce nouveau mode de consultation. Bien qu'ils en comprennent les avantages dans un territoire où l'accès aux avis spécialisés n'est pas toujours aisé et qu'ils y voient la possibilité d'une meilleure prise en charge de leurs patients grâce entre autres à un travail collaboratif en réseau, ils se posent légitimement des questions sur ce que sera leur exercice de demain qui laissera une place de plus en plus importante à la médecine connectée.

⁴² DIDIER Mélodie, « Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain ».

Malgré les nombreuses publications sur le sujet par les organismes gouvernementaux (HAS, DGOS), médicaux (CNOM) et médiatiques (presse), notre étude a montré un fort sentiment de manque d'information des médecins à ce sujet (89% pas assez informés).

Le concept de téléconsultation semble dans l'ensemble intégré par eux, mais la pratique beaucoup moins. Ainsi, les questions organisationnelles et économiques sont au premier plan entraînant des réticences qui pourraient être des freins à la mise en place de la téléconsultation : comment intégrer dans des horaires, souvent surchargés, du temps pour ce nouveau mode de fonctionnement ainsi que pour s'y former ? Qui va payer le matériel ? Comment ces actes vont-ils être rémunérés ?

Des études, quantitatives et qualitatives, visant à connaître l'opinion des omnipraticiens avant la mise en place de téléconsultations devraient être menées afin que les projets proposés soient au plus proche des réalités du terrain.

D'autres devront être lancées après la mise en place des dispositifs afin d'en évaluer l'efficacité et l'efficience ainsi que le ressenti des patients et des médecins pour permettre ainsi leur réajustement.

Certaines de ces enquêtes sont déjà en cours et les résultats sont attendus pour fin 2016 notamment par la HAS.

Le numérique fait donc partie intégrante de la médecine d'aujourd'hui et son implication dans la santé est encore en train d'évoluer avec l'apparition et la place de plus en plus importante prise par la m-santé (santé mobile), la domotique... Ainsi comme le souligne Jacques Marceau, cofondateur du Collectif Santé Numérique, dans l'ouvrage « Quelle santé pour demain ? Quand le numérique bouleverse la médecine »: «le champ des possibles est immense et nous ne pouvons aujourd'hui qu'entrevoir les profondes mutations que génère l'avènement du numérique en santé »

L'utilisation de la téléconsultation et plus généralement de la télémédecine dans l'exercice quotidien va certainement bouleverser l'organisation des soins et les modes de rémunération.

Afin de ne pas compromettre les projets de demain, leurs conceptions doivent naître à l'initiative des professionnels médicaux. De plus, des solutions pérennes quant à l'organisation et au financement doivent être trouvées et surtout diffusées auprès des médecins généralistes en multipliant les échanges entre les précurseurs de ces technologies et les protagonistes.

Ces informations devraient même être intégrées aux études médicales afin de former à ces pratiques les médecins de demain.

Dans ces conditions, les médecins généralistes seront sûrement prêts pour les profondes mutations du secteur de la santé que la télémédecine va entraîner dans le futur.

En quoi la mise en place d'une téléconsultation modifierait-elle les pratiques des professionnels d'une maison de santé pluridisciplinaire (2014)⁴³

Une étude réalisée par Aline LEMBO s'intéresse aux changements professionnels éventuels de la télémédecine dans une MSP, notamment surtout la téléconsultation et qui selon elle va impliquer des changements dans la pratique professionnelle et l'organisation des MSP.

⁴³ Lembo, « La télémédecine implique-t-elle des changements dans la pratique professionnelle et l'organisation des maisons de santé pluridisciplinaires ? »

En effet la région centre a donné certaines MSP d'outils de télémédecine pour lancer l'expérimentation.

La télémédecine permet donc une transmission du savoir entre professionnels de santé, des échanges plus fréquents. Elle va inciter à de nouvelles formes de délégations de tâches notamment entre spécialistes et professionnels paramédicaux. Elle va permettre la création de nouveaux métiers (auxiliaire de télémédecine par exemple).

Mais le déploiement de cet outil pour elle n'a pas été fait dans de bonnes conditions : il n'y a pas eu de projet médical répondant à un besoin. Il n'y a eu pas d'accompagnement au changement.

L'ARS qui est le porteur fort du projet n'a pas été assez fédérateur, la formation sur l'outil était pour le moment inexistante.

Cette étude a également permis de relever de nombreux freins : un outil chronophage, les questions de rémunération et de responsabilité non réglées, le refus de de la télémédecine de certains spécialistes, le manque d'humanité...

Mais elle était consciente également que ce projet n'était qu'à ses débuts, l'ARS de la région Centre devrait s'inspirer d'autres expériences telles que Télégéria dont le déploiement est une réussite.

***Etude des relations entre spécialistes et médecins généralistes**

Le motif de recours des médecins généralistes à la télémédecine dans un gérontopole à Toulouse (2013)⁴⁴

A travers deux expérimentations, en EHPAD (EHPAD Gaubert à Toulouse), sous la direction du Dr BISMUTH, ont été étudiés en 2013 le motif de recours des médecins généralistes à la télémédecine dans un gérontopole (CH Toulouse).

Ces deux expérimentations de téléconsultation et de téléexpertise en médecine interne ont été axées autour du médecin généraliste, qu'il soit à son cabinet, au chevet du patient, en maison de retraite ou en EHPAD. Les motifs de recours ont été essentiellement de son domaine, démontrant que la télémédecine peut être utilisée en médecine générale pour des motifs de médecine générale.

Les situations ayant nécessité le recours à la télémédecine, ils l'ont constaté, sont souvent des pathologies complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire qui, sans cette pratique, auraient engendré des consultations voire des hospitalisations supplémentaires.

Ces deux expérimentations ont permis d'éviter au maximum les déplacements, parfois néfastes chez certains patients fragiles. Elles ont assuré aussi l'économie des frais de transport.

En permettant la présence du médecin traitant, elles ont favorisé la transmission de l'information médicale tout en rassurant le patient face à un praticien parfois inconnu.

⁴⁴ Remande, « Motifs de recours des médecins généralistes à la télémédecine à partir de deux expérimentations ».

Elles ont permis l'accès à la formation médicale des personnes participant aux séances, qu'elles soient du milieu médical ou para médical, étudiants ou titulaires.

Elles exigent néanmoins un temps humain non négligeable pour la bonne préparation des séances, notamment en EHPAD où la présence supplémentaire du personnel au cours d'une séance est indispensable car source de richesse considérable pour les échanges entre les soignants.

Cet avantage est impossible à trouver dans une consultation classique. On ne pourra pas accéder à un tel niveau d'efficacité dans le but affiché de réaliser des économies supplémentaires en diminuant le nombre de participants aux sessions.

Enfin, la télémédecine dans ces deux formes permet un échange confraternel sans perte d'information en y associant une source d'information supplémentaire par l'image.

Les projets actuels, en phase d'expérimentation, sont amenés à se généraliser.

Pour mener à bien cette étape, pour les auteurs, il est souhaitable de prendre en compte les avantages et inconvénients des pratiques actuelles et d'en anticiper les éventuels écueils.

Il leur semble par exemple essentiel de promouvoir la participation d'un maximum de membres du personnel aux séances de télémédecine, en EHPAD comme en milieu hospitalier. Ainsi, il conviendra au niveau institutionnel d'anticiper la surcharge de travail des équipes engendrée par une utilisation régulière de cette pratique, en leur dégageant des plages de travail dédiées.

Et ce afin d'éviter qu'elles se rajoutent à la charge de travail quotidien et n'empiètent de manière néfaste sur celle-ci, au détriment final des deux.

De la même manière, le milieu hospitalier, les maisons de retraite et EHPAD devront attribuer un espace particulier à ces séances (salle de réunion par exemple), d'une taille suffisante et permettant également le respect de la confidentialité médicale. Bien entendu l'investissement financier ne pourra être évité, l'achat d'un matériel technique et d'un logiciel performants étant indispensable. Ce coût aura d'ailleurs une répercussion bien plus importante pour un praticien installé que pour un établissement médical. Cependant l'on ne saurait négliger la qualité de l'installation : l'image, le son et la rapidité de transmission des données sont des facteurs essentiels de la réussite de cette pratique et sont amenés à s'améliorer rapidement dans l'avenir.

Dans l'idéal, le développement de cette forme de télémédecine qui passera par une diffusion plus grande parmi les généralistes mais également par l'augmentation des spécialités consultables pourrait être encouragée par la mise en place d'une rémunération spécifique.

Egalement sur l'aspect technique, une suggestion qui leur semble intéressante serait de standardiser à terme le matériel employé afin de diminuer les problèmes de communication entre les différents utilisateurs.

En ce qui concerne le déroulement de la consultation de télémédecine, il apparaît cohérent et efficace, laissant la place au questionnement du patient, à l'examen à distance puis à l'échange entre les praticiens et le personnel le cas échéant. Le point crucial est resté celui qui a d'ailleurs été évoqué par plusieurs personnes interrogées dans le cadre du questionnaire satisfaction réalisé à l'EHPAD Gaubert, à savoir la présence de la famille.

Actuellement, les échanges d'opinions sur la pathologie, l'opportunité d'un traitement ou le suivi à effectuer se déroulent devant les proches de la personne concernée. Il pourrait être envisagé de procéder à une séance en trois temps ; tout d'abord en présence de tout le monde, patient inclus, ensuite comme c'est le cas actuellement, dans certains cas, avec le personnel soignant et les proches, puis terminer uniquement entre professionnels afin de faciliter une plus ample liberté de paroles.

Cette proposition est à nuancer et à adapter au cas par cas, les échanges entre tous les intervenants faisant tout de même de la téléconsultation un excellent médiateur entre soignants, soignés et les familles.

L'auteur conclut que l'analyse des deux expérimentations en cours, que ce soit dans un établissement médicalisé ou auprès d'un médecin généraliste, a conforté les défenseurs de l'essor de la pratique de la télémédecine avec un bilan globalement très positif.

Pour lui, nul doute que son utilisation va se généraliser petit à petit et que les inconvénients relevés vont peu à peu s'atténuer grâce aux avancées technologiques et à la motivation de praticiens engagés et prêts à relever le défi.

La communication lors de téléconsultation en 1998 et un spécialiste de médecine interne⁴⁵

Une autre thèse encore sous la direction du Dr BISMUTH a analysé la communication lors de téléconsultation en 1998 et un spécialiste de médecine interne le Dr ARLET à Toulouse via un chariot mobile de téléconsultation permettant de réaliser également de la téléassistance.

La télé-consultation en médecine générale telle que l'auteur a étudié est basée sur une relation triadique (P, MG, MS) en temps réel. Par rapport à une consultation classique elle met chaque acteur non seulement en présence de son interlocuteur mais aussi d'une tierce personne qui selon les cas peut apporter des informations nouvelles ou se situer en position d'apprenant.

Cette situation de co-présence peut changer dynamique des interactions, enrichir les échanges et permettre au patient de mieux s'approprier l'issue de la décision médicale.

L'objectif de cette thèse a été d'analyser ce changement dynamique entre interlocuteurs et de dresser un bilan le plus objectif possible des avantages de cette approche.

L'analyse de la communication et de la coopération sur quatre télé-consultations, a d'abord porté sur le squelette ou l'architecture de la communication pour plus finement aborder le contenu des échanges et la prise d'initiative de chaque acteur.

Les conclusions de cette analyse dite ethno-méthodologique, basée sur l'observation sont les suivantes :

#L'étude des phases de la télé-consultation confirme qu'elle respecte l'évolution théorique d'une consultation classique, et n'exclut aucune des phases la composant, l'interrogatoire ayant la première place.

#L'étude des temps de paroles des trois acteurs, montre que du point de vue quantitatif, leurs interventions sont équilibrées, et s'incluent dans un processus coopératif, dans la mesure où les trois acteurs participent équitablement. Les échanges initiés par le généraliste et le patient sont globalement dirigés vers le spécialiste.

#L'analyse du contenu de leurs échanges montre que d'un point de vue quantitatif, deux phases sont identifiées :

-> La première est une phase prise d'information où le généraliste intervient pour valider et compléter les informations du patient. Dans cette phase, le flux d'information est essentiellement dirigé vers le spécialiste.

⁴⁵ Decouard, « Analyse de la communication et de la coopération en situation de télé-consultation ».

-> La deuxième est une phase de concertation où le flux d'information s'harmonise, et laisse place à un réel processus coopératif impliquant les trois agents. Cela aboutit à une concertation pour un accord final, avec la notion de consentement mutuel.

D'un point de vue qualitatif, et d'un point de vue plus subjectif, le patient profite d'un confort psychologique car il est dans un lieu connu et auprès de son médecin traitant, ce qui initie une bonne collaboration dès les premières minutes de cette consultation. Le patient a un rôle d'acteur coopératif avec les soignants. Les avantages sont d'expertise partagée, l'accessibilité et la transparence des informations médicales, le consentement mutuel avec un accord unanime des deux médecins ainsi que des soins personnalisés.

Le généraliste se voit attribuer une fonction à la fois de médiateur entre le spécialiste et le patient et une fonction de praticien qui discute et dynamise la consultation avec le spécialiste.

On peut également tirer profit du raisonnement du médecin spécialiste : formation médicale continue originale car elle peut s'appliquer à sa clientèle et diminution de son isolement professionnel, le spécialiste profite d'une anamnèse précise et validée par le généraliste et d'une extension de son activité.

#L'étude du contrôle des initiatives montre que la télé-consultation conserve son caractère spécialisé de par le contrôle et les prises d'initiatives du spécialiste tout en permettant des interventions de réajustement du généraliste et du patient.

Du point de vue socio-économique, la suppression des transports et la diminution du nombre de tâches à accomplir (étudié grâce à une simulation crayon-papier) facilite la prise en charge du patient et en diminue les frais en centralisant les informations au cabinet du médecin généraliste.

***Etude des relations entre les pharmaciens, les infirmières libérales et les médecins généralistes**

La place du pharmacien dans les projets de télémédecine⁴⁶⁴⁷

La télémédecine est un acte médical qui ne concerne que les médecins. Pour répondre aux défis liés aux déficits en offres de soins dans les zones isolées, les législateurs ont voulu favoriser la coopération entre professionnel de santé.

L'article 51 de la loi HPST du 22 juillet 2009 a permis aux «professionnels de santé de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. »

Le transfert de compétence peut se faire dans les limites des connaissances et de l'expérience des professionnels de santé concernés. Des formations préalables seront nécessaires pour avoir des soins sûrs et de qualité. Ce mode d'exercice partagé permet de répondre plus facilement aux besoins, tout en s'adaptant aux pratiques professionnelles et en garantissant des soins sûrs et de qualité.

⁴⁶ Rioli, « La télémédecine en pharmacie - 2014 ».

⁴⁷ Decourteix et Les Échos Études, *La pharmacie d'officine à l'heure du digital*.

Les professionnels de santé sont à l'initiative de la création de protocoles de coopérations et sont volontaires pour les mettre en œuvre

Les ARS statuent sur la recevabilité des protocoles de coopération soumis par les professionnels de santé (réponse à un besoin de santé, nature des actes dérogatoires), elles autorisent la mise en œuvre des protocoles de coopération par arrêté et gère leur suivi.

La Haute Autorité de Santé délivre un avis sur les protocoles de coopérations que lui soumettent les ARS et veille à ce que ces protocoles garantissent un accès à des soins de qualité et une maîtrise des risques inhérents au nouveau mode de prise en charge des patients et un niveau d'efficacité au moins équivalent à une prise en charge habituelle. Elle peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.

Cependant, on peut se poser la question, quelle est la place du pharmacien au milieu de cette coopération ? Est-ce qu'il peut y prétendre ?

Tout d'abord l'article 36 de loi HPST définit et décrit l'accès aux soins de premiers recours «Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.»

La suite de l'article dit que tous «les professionnels de santé...concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux».

Le pharmacien contribue, au même titre que les autres professions de santé (médecins, infirmiers...), à la prise en charge des soins de premiers secours. Cet article replace le pharmacien dans le parcours de soin.

L'article reconnaît le conseil pharmaceutique lors de la dispensation de médicaments, ainsi que le rôle majeur dans l'accompagnement du patient dans le parcours de soins.

L'article 38 de la loi HPST qui traite spécifiquement de la pharmacie d'officine, réitère la place du pharmacien dans l'offre de soin de premiers recours. Il autorise également le pharmacien d'officine à intégrer la coopération entre les professionnels de santé, et lui confie de nouvelles missions :

«1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine 2° Après l'article L. 5125 - 1, il est inséré un article L. 5125-1 A ainsi rédigé : Art.L. 5125 - Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

- 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411
- 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé
- 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins
- 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161
- 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313 - 12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à

usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011 - 1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets

8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°.

Ces articles ont permis aux pharmaciens de devenir un véritable partenaire de santé.

Il y a là clairement exprimé la volonté d'intégrer le pharmacien d'officine dans le parcours des patients. Il délivre des conseils dans le domaine de la santé, ils orientent les patients dans le système de soin et le secteur médico-social, et ont un rôle plus actif dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques, etc...

Les pharmaciens sont facilement accessibles (pas de prise de rendez-vous, gratuité des conseils) et sont des interlocuteurs de choix pour le patient.

De par le fort maillage territorial qu'offrent les pharmacies d'officine, les pharmacies sont les professionnels de santé les plus facilement accessibles.

Or dans certaines zones où la densité médicale est faible avec parfois l'absence de médecin de proximité, par le biais de l'article de la loi HPST, la télémédecine peut s'installer un établissement facile d'accès et intégré aux parcours de soin des premiers recours : la pharmacie d'officine.

C'est une alternative intéressante aux patients souffrants de pathologies chroniques permettant de s'affranchir des distances. Par exemple, le pharmacien peut mesurer depuis son officine les constantes physiologiques (pressions artérielles, glycémies...) du patient et ensuite les envoyer via les nouvelles technologies de l'information et de communication à son médecin (comme c'est le cas dans le système SYMPAD en France).

Dans les mêmes conditions que celles énoncées précédemment où le médecin est indisponible, avec un patient atteint d'une pathologie aiguë, on peut imaginer une téléconsultation depuis la pharmacie avec un réseau de médecins privés (comme c'est déjà le cas en Suisse avec le modèle NetCare) ou avec le service de régulation médicale.

L'intérêt est de prendre en charge le patient le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions.

Le pharmacien contribuant à la permanence des soins, notamment en assurant un service de garde, un tel dispositif serait un plus dans les zones les plus reculées telles que les pharmacies insulaires et de montagnes, où l'offre de soins est très limitée. Cela permettrait de limiter aussi une réorientation parfois inutile et coûteuse vers les services d'urgence.

Il est possible de consulter tous les protocoles relevant de l'article 51 sur le site <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.do>

Cependant, même si le pharmacien d'officine peut participer à des protocoles de coopérations, on ne retrouve à l'heure actuelle aucun protocole de coopération autorisé et enregistré par l'ARS dont le pharmacien est le professionnel de santé délégué.

La mise en application concrète de la télémédecine en pharmacie en s'appuyant sur un projet pilote de télémédecine s'est fait via le projet TELEMEDINOV (Télémédecine Interopérable Nord Ouest Vendée) qui s'est développé afin de répondre à la demande de soins des patients sur ce territoire en mettant en œuvre une nouvelle organisation du parcours de soins entre la ville et l'hôpital en reliant les acteurs de santé du secteur privé (EHPAD, médecins libéraux, pharmacies) et des acteurs de santé du secteur public (CH-LVO, EHPAD).

La pharmacie s'affirme comme un portail d'entrée dans le parcours de soins, accessible pour les patients grâce à son maillage géo-démographique sur tout le territoire.

La loi HPST a reconnu le pharmacien comme étant un professionnel de santé faisant parti du circuit apte à prendre en charge les soins de premiers recours, à participer à la permanence des soins ainsi qu'à la coopération entre les professionnels de santé.

Elle a aussi statué sur le rôle du pharmacien à promouvoir la qualité de la dispensation et à valoriser des missions de santé publique comme le suivi de pathologies chronique.

Pour toutes ces raisons la pharmacie est apparue comme un maillon cohérent dans la construction du projet TELEMEDINOV dans la chaîne de soins.

La base de la télémédecine est bien évidemment d'édifier un réseau de médecins téléconsultants répondant aux besoins concrets des patients éloignés de l'offre de soins mais proche de leur pharmacie.

Il sera nécessaire d'être en capacité de répondre à des demandes très diversifiées pouvant aller éventuellement jusqu'à des cas d'urgences vitales, mais plus communément à des suivis de patients chroniques ou à un besoin d'avis médical afin de rediriger au mieux le patient dans le parcours de soins.

La médecine actuelle et son encadrement ont été modélisés en fonction des pathologies aiguës.

Le Docteur Pierre Simon déclare que « la télémédecine contribue au changement de paradigme de notre système de santé rendu nécessaire pour répondre à la demande de soins liée aux maladies chroniques dont la prévalence progresse avec l'allongement de la durée de vie. »

Il ajoute que « le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques peut être mieux coordonné » et que « la continuité des soins, à distinguer de la permanence des soins, est devenue un sujet sociétal majeur car le vieillissement de la population, avec son cortège de maladies chroniques, nécessite une surveillance régulière des patients âgés au domicile ou sur le lieu de vie (maisons de retraite, EHPAD).

Toute rupture dans la continuité des soins entraîne un afflux de ces patients à l'hôpital. La télémédecine peut aider à mieux assurer la continuité des soins. »

Dans ce cadre et dans l'optique d'une éventuelle rémunération à la capitation des médecins (N.B.: la capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera.), il est possible de prévoir une ou deux consultations physiques par an en alternance avec des consultations à distance.

Il est ainsi possible de recourir au « pharmacien correspondant ». C'est le pharmacien dont le ou les médecins se seraient éloignés dans une MSP, le patient aurait alors la possibilité de consulter son médecin par téléconsultation depuis ce « pharmacien correspondant ». Cela permettrait de maintenir un lien social et un lieu d'entrée au parcours de soin dans les communes désertées par les médecins, regroupés dans les MSP.

De plus, les maladies chroniques seraient prises en charges de façon pluriprofessionnelles ce qui

impliquerait, en plus du médecin traitant, des médecins spécialistes bien souvent encore moins accessibles pour le patient.

La téléconsultation peut permettre de faire suivre le patient diabétique par son médecin traitant (MSP) mais aussi par un diabétologue.

Les rétinographies annuelles conseillées seraient effectuées en téléconsultation grâce à un rétinographe non mydriatique facile d'utilisation dont les clichés seraient transmis à un ophtalmologue sur un serveur sécurisé. L'ophtalmologue transmettra son avis le lendemain par ce même serveur.

Le pharmacien dispose d'outils de suivi du patient diabétique : Le lecteur de glycémie, des bandelettes urinaires pour le suivi de la fonction rénale, le déchargement du lecteur de glycémie patient dans un fichier qui peut être transmis au médecin, une balance pour surveiller le poids du patient et son Indice de Masse Corporel.

La caméra dermatologique trouve aussi son utilité pour l'examen des pieds et des plaies éventuelles du patient, le médecin peut zoomer sur la plaie pour un meilleur visuel.

Le pharmacien et le médecin peuvent aussi mettre en place l'éducation thérapeutique (ETP) du patient diabétique par l'intermédiaire d'une téléconsultation, l'ETP doit être dispensée par au moins deux professionnels de santé et peut s'adresser à un ou plusieurs patients.

L'ETP se ferait alors en visioconférence avec le ou les professionnels de santé distants et le pharmacien auprès du patient.

Comme pour le patient diabétique, le patient insuffisant cardiaque peut être suivi à distance. Il est possible de mesurer le poids à l'aide d'une balance, en effet toute modification rapide du poids d'un patient insuffisant cardiaque peut être le reflet d'un déséquilibre hydrosodé. Le médecin dispose du stéthoscope électronique Bluetooth, du tensiomètre et du saturomètre pour ausculter et suivre les constantes du patient.

Un électrocardiogramme pourrait être pratiqué avec un affichage en temps réel de celui-ci sur l'écran du médecin grâce au partage d'écran.

L'éducation thérapeutique faisant partie intégrante du traitement, elle serait proposée à distance pour permettre au patient de prendre en main sa maladie: son auto-surveillance des symptômes, son alimentation, sa pratique sportive, l'automédication et son traitement

Le pharmacien peut transmettre au médecin les constantes du patient asthmatique et des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive et effectuer des mesures de spirométrie, Débit Expiratoire de Pointe (DEP) à l'aide du Peak Flow et le Volume Expiratoire Maximum par Seconde.

Il mesure la saturation en oxygène du sang du patient pour surveiller sa bonne oxygénation et l'absence de détresse respiratoire.

Il peut aussi utiliser l'analyseur de monoxyde de carbone dans l'air expiré qui permet de mesurer par extrapolation la carboxyhémoglobine (COhb) chez les fumeurs.

Le suivi dermatologique après un premier rendez-vous permettrait de suivre l'évolution d'une plaie, d'un ulcère variqueux, d'un escarre ou d'une intervention chirurgicale, pourrait s'effectuer à l'aide de la caméra pilotée à distance par le médecin et de la camera dermatologique complémentaire dirigée par l'opérateur de télémédecine sur les instructions du médecin.

Cette dernière permet de voir les contours et les détails de la plaie. Des photographies peuvent être prises et envoyées au médecin pour voir l'évolution après chaque consultation et être classées dans le dossier du patient.

Le suivi gériatrique est surtout intéressant pour éviter les déplacements et les attentes qui sont perturbantes pour les patients âgés.

La télémédecine pourrait s'appliquer dans le cadre du Maintien à Domicile (MAD) pour le suivi des patients. N.B.: Le suivi gériatrique peut aussi se faire en télémédecine dans un espace aménagé dans un EPHAD (cf.. l'EPHAD de Commequiers avec l'unité gériatrique de CHLVO)

La télémédecine, sur le papier, est en train de s'imposer comme étant le suivi de pathologie chronique privilégié comme l'explique le Dr Pierre Simon cité plus haut.⁴⁸

Elle améliore la qualité de vie des patients chroniques.

En effet, elle permet une diminution des transports et des temps de déplacement, une diminution des hospitalisations, et une sécurisation du patient.

La télémédecine a comme avantage de concentrer les différents actes médicaux nécessaires au suivi du patient chronique et donc d'en favoriser l'accompagnement. Les délais de prise de rendez-vous (parfois à six mois) et la distance sont autant de frein qui diminuent la motivation du patient à faire suivre sa maladie.

Les maladies chroniques sont les toutes premières causes de mortalité en France (70% des décès étant imputables à des maladies chroniques), réduire cette mortalité passe par le fait d'impliquer le patient dans ses soins et la gestion de sa maladie pour cela il faut des actes médicaux accessibles et proches.

L'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine ne cessant d'augmenter, notre système de santé doit s'y adapter.

La qualité de vie du patient étant primordiale, tout outil qui permettrait de diminuer les effets négatifs des maladies chroniques sur le quotidien de ces patients, les invalidités qu'elles peuvent engendrer ainsi que les contraintes liées au traitement est essentiel à développer.

D'autre part, la télémédecine offre aux patients des zones dites « de désertification médicales », une meilleure égalité d'accès aux soins.

La télémédecine est un bon moyen de communication pour les professionnels de santé. Elle permet une relation facilitée avec des médecins spécialistes, pharmacien et médecin traitant ont accès à un réseau élargi d'avis pour conseiller au mieux le patient.

En effet, le patient ne peut pas s'adresser directement à un spécialiste, il doit au préalable consulter son médecin traitant qui l'adresse au spécialiste si besoin dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, à l'exception d'un médecin ophtalmologiste et gynécologue.

Donc dans le cas d'un avis sur une pathologie oculaire, on peut envisager d'avoir accès à un avis spécialisé qui peut être donné en présentielle ou non (envoi de cliché) du médecin.

La cabine de télémédecine est aussi un moyen pour le médecin de demander une téléexpertise avec un confrère pour un patient.

Après les deux mois d'expérimentation voici un bref bilan qui en est ressorti :

-> L'examen clinique s'est avéré être en effet une des limites de la téléconsultation, il est expliqué

⁴⁸ Costa Loureiro, « Télésanté, Télémédecine en pharmacie et Télépharmacie ».

que« le fait de ne pas toucher le patient rend plus difficile la prise de décision ». Par contre, il est par ailleurs évoqué la possibilité de former des assistants de télémédecine par des médecins afin de déléguer plus facilement cette tâche.

-> Le transfert de tâche montre ses limites lors de l'examen clinique. La protocolisation ainsi que la définition des rôles est donc nécessaire pour la coopération entre les professionnels de santé afin de définir un cadre légal comme il est inscrit dans l'article 51 de la loi HPST.

-> L'utilisation du matériel n'a pas posé de problème du moment qu'il y avait une formation en amont.

Il est ressorti que la qualité de l'image est primordiale pour apprécier les réactions des patients ainsi que ce qui n'est pas verbalisé. La qualité du son est bonne et synchronisée, mais elle peut poser problème avec les personnes malentendantes, la solution apportée est d'équiper ces patients d'un casque audio.

-> La relation personnelle avec le patient est en effet pas la même au travers d'un écran. Les téléconsultations qui seraient des suivis de patients ayant déjà eu une primo consultation avec le médecin souffriraient moins de ce manque.

-> Toujours lors de cette expérimentation l'Infirmière Diplômée d'État qui était en l'occurrence l'opératrice de télémédecine a rapporté le ressenti du côté des patients. Ils ont été surpris par la consultation mais ils n'ont été ni dérangés, ni gênés. Cependant, l'appréciation des patients non communicants ou déments a été plus difficilement appréciable. Cette étude se fonde sur des téléconsultations gériatriques en EHPAD dans le projet TELEMEDINOV, l'auteur pouvait en déduire que l'usage des outils de télémédecine à la pharmacie avec des patients non dépendants et plus alertes serait plus facile à gérer avec un service patient rendu positif.

Les connaissances et attentes des généralistes et des IDEL liées à la télémédecine pour le suivi des plaies chroniques⁴⁹

Une étude faite par Agnès SPERLING eu lieu à travers une thèse soutenue en Mars 2016 sur les représentations en voulant connaître les connaissances et attentes des généralistes et des IDEL liées à la télémédecine pour le suivi des plaies chroniques.

Les réactions ont été variées. Certains connaissaient déjà la télémédecine et participent à des projets de développement de cette dernière. I4 (infirmière numéro 4) participe à l'essai réalisé sur le secteur de Compiègne de la plateforme Comedi-e®. «[...] justement la téléconsultation ! On est en train de l'expérimenter dans notre secteur avec le Dr Charleux, le dermatologue de Compiègne. Je trouve ça très bien. » Il me détaille les motifs d'arrêt actuels de cette plateforme. «On avait mis ça en place il y a deux ans. Ça a dû être un peu arrêté parce que la plate - forme a dû être rénovée. On avait des problèmes techniques et administratifs. Là ça devrait être relancé donc on pourra à nouveau suivre les plaies, faire de nouveaux dossiers plaies avec notre tablette. »

Il a même expliqué à l'auteur le fonctionnement de manière succincte. «On prend les plaies en photos avec nos tablettes et on la propose en expertise au Dr Charleux à l'hôpital de Compiègne. Je trouve ça très intéressant. Cela se fait en accord, bien sûr, du médecin traitant»

Le deuxième, qui connaissait bien la télémédecine et à monter un projet en relation, est M6 (médecin n°6).

⁴⁹ Sperling et Fraignac, *Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques*.

Il montre le même enthousiasme qu'I4. «Et ça, c'est un truc superbe qu'il va falloir surveiller de près et développer. » Il travaille dans une maison de santé pluri disciplinaire qui a été retenue par l'ARS pour installer une cabine de télé-médecine et réaliser de la télé-expertise (consultation sur dossier). «On va déposer notre projet en septembre, là. [...] Nous avons envisagé un local spécifique qui va permettre, à nous de la maison de santé mais aussi aux autres médecins du secteur, la télé-expertise»

Il espère à terme pouvoir aussi proposer de la téléconsultation dans sa maison médicale. «Mais on voudrait développer ce qu'on appelle la téléconsultation [...]»

Ensuite, certains médecins et IDEL ont été plus ou moins enthousiastes mais se posent beaucoup de questions car ils ne connaissent pas la technique. La plupart se sont montrés intéressés.

Pour faciliter les échanges avec ceux qui ne connaissaient absolument pas le fonctionnement de la télé-médecine, l'auteur a répondu à certaines interrogations.

Elle a aussi expliqué en quelques mots le fonctionnement d'une cabine de télé-médecine et la différence entre télé-expertise et télé-consultation aux participants qui demandaient des précisions.

Les arguments en **faveur** de la télé-médecine ont été **la proximité**.

«Oui et surtout au niveau des personnes âgées. Parce que je vois que beaucoup de personnes âgées n'ont pas de moyen de locomotion [...]» I2.

Cette technique peut être vue comme un possible palliatif à la carence en spécialistes.

«Pourquoi pas. Surtout dans des spécialités comme la dermatologie où on n'a plus trop d'autre choix. » M3.

L'idée d'avoir un avis rapide et fiable a été approuvé.

«C'est sûr, si je pouvais avoir la même chose en dermatologie : j'envoie les photos par internet et au bout de 5 minutes, j'ai un avis : je trouverais ça chouette. [...] Pour moi, ça pourrait m'aider à m'orienter ou me dire s'il faut que j'envoie chez un dermatologue rapidement, enfin dans les deux mois.» M3.

Le suivi de plaies chroniques s'y prête bien comme le note M5. «Pour ce genre de chose, ça pourrait être pas mal. Parce que ça ne nécessite pas forcément le déplacement du patient. Parce que c'est chronique et donc pas urgent.» M5

L'intérêt d'un avis spécialisé sur d'autres points que les pansements est mis en avant par M7. «Oh oui, parce qu'on est bien embêté des fois. Pas seulement sur le pansement mais sur la façon de faire globale. Notamment pour la douleur. » M7

Les arguments **contre** ainsi que les craintes ont été **nettement plus nombreuses**.

Ils ont tout d'abord été d'ordre technique. Beaucoup se sont interrogé sur la qualité suffisante de l'image pour obtenir un avis fiable. «C'est plus le côté technique qui me ferait peur : les caméras, la netteté, les lumières. » M3 «La télé-médecine pour ça, c'est trop dur. [...] C'est trop compliqué avec une caméra. » M4.

Ensuite, les personnes interrogées se sont posé des questions sur la technologie et les moyens nécessaires. «Tout dépend de comment ça fonctionne. Le problème, c'est qu'à domicile, on a que le téléphone.» I3

«Mais ça nécessite des gros moyens techniques.» M3.

La question des éléments à apporter afin que l'avis puisse être fiable s'est posée aussi. «Mais en télé-médecine, je ne sais pas si on arrive vraiment à apprécier la consistance, l'aspect. Je ne sais pas si on arriverait à fournir les bons éléments.» M7

«En plus il faudrait connaître la grille des questions à poser [...]» M3.

Le problème de la disponibilité des spécialistes pour donner les avis est également soulevé.

«Mais il faut y avoir accès. En cabinet seul, ça peut être compliqué. Ou alors il faut pouvoir se brancher quand le professeur est joignable ou il se met à disposition dans une salle.» M5

«Oui mais qui va regarder les photos ?» I3

En somme, on peut dire qu'il y a un réel intérêt pour la télé-médecine. Néanmoins, la technique est peu connue et suscite de nombreuses interrogations essentiellement liées à la méconnaissance de son fonctionnement.

En **conclusion** la difficulté d'accéder à un avis spécialisé ou de faire déplacer des patients sont des arguments qui jouent en faveur de la télé-médecine.

Médecins comme IDEL montrent un véritable intérêt pour cette technologie mais restent dubitatifs quant à sa mise en œuvre.

L'aspect technique inquiétait beaucoup les médecins. Le second élément qui les inquiète beaucoup est la disponibilité des dits spécialistes pour répondre à leurs questions. Ils voient le nombre de spécialistes locaux fondre et se demandent comment ceux encore présents pourront en plus prendre en charge les avis à distance. Une thèse a été soutenue à Nantes spécifiquement sur le sujet en 2012.

Elle retrouve des craintes d'ordre technique identiques à celles des médecins de l'étude mais elle va beaucoup plus loin. Elle pose notamment la question du temps consacré, des problèmes éthiques (hébergement des données), de rémunération de tous les participants et de craintes de «perte de contrôle du dossier» pour les médecins traitants.

En Picardie, une expérimentation a été réalisée en 2011 grâce à la plateforme Comédie-e (COopération MEDicale Innovante en e-santé) et à la participation du Dr Dominique Charleux, dermatologue à Compiègne. Il s'agissait d'une téléexpertise à disposition de 8 IDE libéraux avec 20 patients inclus.

L'un des participants (I4) était l'un des IDEL à participer cette première expérience à Compiègne. L'expérience a été satisfaisante du point de vue des professionnels, des patients et des porteurs du projet. L'expérience devrait être reconduite mais pour le suivi des plaies diabétiques entre le CH Corbie et le CHU d'Amiens. Le site de Compiègne devrait reconduire lui aussi l'expérience (entretien téléphonique avec le Dr Charleux le 22/10/2015).

L'ARS envisage le développement de la télé-médecine sur de nombreuses autres spécialités comme le montre le programme régional de télé-médecine, partie du plan régional de santé 2012-2017.

Elle y voit une opportunité pour faciliter l'accès aux soins dans un contexte régional tendu et en carence de professionnels de santé. L'un de leurs médecins interrogés fait partie de cette deuxième vague de déploiement et sa MSP (maison de santé pluri professionnelle) a été retenue pour l'implantation d'une cabine de télé-médecine.

Plusieurs réseaux de télé-médecine pour le suivi des plaies sont déjà en place dans d'autres régions. Le réseau TELAP en Normandie et le réseau CICAT LR se sont associés autour du projet Domo plaie

® depuis Octobre 2012. Ils associent téléconsultation, téléassistance et téléexpertise des plaies pour améliorer la prise en charge régionale des plaies chroniques.

Les attentes des médecins généralistes en télé-dermatologie (2015)⁵⁰

Une autre étude réalisée par Nahida TOUHAMI en 2015 sur les **attentes des médecins généralistes en télé-dermatologie** montre que la prise en charge des lésions dermatologiques en médecine générale peut être complexe.

L'obtention d'un avis spécialisé pour le médecin traitant peut s'avérer difficile compte tenu d'un accès compliqué au dermatologue et d'une démographie médicale défavorable.

La télé-dermatologie, aujourd'hui en plein essor sous la houlette des autorités de santé peut s'avérer une solution possible en soins primaires.

L'objectif de cette étude était de décrire les attentes des médecins généralistes dans la mise en place d'un système de télé-expertise dermatologique. Et au final, sur 11 médecins généralistes ont interrogés une réponse devait être apportée à une offre de soins dermatologiques insuffisante au cabinet de consultation et au domicile du patient. Une valorisation et une réassurance professionnelle ainsi qu'une meilleure gestion du temps médical et une rentabilité économique du généraliste étaient attendus.

Une amélioration de l'organisation des soins autour du patient était évoquée avec la mise en place d'un système de soins performant assurant la qualité de vie du patient et un renforcement du parcours de soins coordonnés. Un renforcement de la coopération entre médecin généraliste et infirmières : Les relations professionnelles entre les médecins généralistes et les paramédicaux tels que les IDE dans le cadre de la prise en charge de patients chroniques s'en révélaient facilitées :

M8 «... quand je vais voir un patient chronique qui a un ulcère je ne vais pas déballer l'ulcère. L'infirmière vient de faire le pansement le matin même, je ne vais pas déballer pour voir. Donc quand l'infirmière fait son soin, tac. Elle fait une photo et puis quand on en discute, elle me montre la photo, et je donne mon avis ...»

Cette profession paramédicale maintient son rôle de surveillance et peut informer le médecin de l'évolution des pathologies :

M8 : «...Moi je pense qu'en dermato cela peut avoir un intérêt, ne serait-ce que sur une lésion ou une plaie où on doit faire un pansement... l'intervenant qui fait son soin c'est quand même intéressant qu'il fasse une photo, ça évite de foutre son travail en l'air quand on veut voir ce qu'il se passe dessous quoi ... il voit l'évolution, parce qu'il peut oublier comment c'est, mais si il fait des photos il a un recul ...». Il y a eu également un renforcement de l'interactivité entre médecin généraliste et dermatologue, les rapports entre médecins généralistes et dermatologues étaient améliorés, alors que préalablement il existait une gêne quant à la demande d'avis :

M5 : «Non jamais j'appellerai un dermato que je ne connais pas. Moi je ne connais pas, je ne vais pas en plus lui demander une aide...euh.... Je ne me sentirais pas à l'aise ...Je crois que c'est une question d'être à l'aise ou pas....»

Ce malaise des médecins généralistes disparaissait avec le recours à la télé expertise.

⁵⁰ TOUHAMI Nahida, « Les attentes des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon en télé-expertise dermatologique - 2015 ».

M11 : «Non pas forcément, une personne que je connais (...). Mais si j'ai un référent dans un système organisé, cela ne me pose pas de problème. À partir du moment où la procédure est entérinée et validée, je sais que je peux m'adresser et que j'aurai une réponse quelle que soit la personne en face.»

Un renforcement de la coopération avec le spécialiste, les infirmières et le patient était également un des résultats souhaité de la part des généralistes.

Le réseau référent de premier choix devait être un dermatologue libéral connu et identifié du généraliste et du patient. La pratique devait être rapide et le mode de réponse adapté à la pratique du médecin traitant avec des équipements accessibles financièrement et techniquement.

Sa mise en place devait s'accompagner de la clarification de son financement et de celui des acteurs médicaux impliqués ainsi que de son cadre juridique de réalisation.

Cette étude a permis d'identifier les différents déterminants des généralistes dans la mise en place d'un système de télé-expertise dermatologique mais il reste cependant à recueillir les attentes des dermatologues et des patients pour sa mise en place.

La télémédecine en zone rurale corse via visio conférence (2013)⁵¹

Une autre étude réalisée en 2013 expérimentant la **télémédecine en zone rurale corse** via visio conférence grâce à l'aide d'IDE libérales sur le terrain.

Le projet a été élaboré dans le but de renforcer le suivi des pathologies chroniques en zone rurale corse. Cette étude a mobilisé des moyens humains et financiers considérables, ainsi qu'énormément d'énergie de la part de ses acteurs.

Premier projet de ce type en France, il colle au plus près des dernières recommandations de la HAS. Son retard initial était modéré lors du déploiement, mais les difficultés organisationnelles ont conduit à son arrêt temporaire pendant plusieurs mois. Ce retard important doit faire prendre en compte risque d'obsolescence des technologies utilisées. L'organisation d'une telle étude doit être minutieuse.

Depuis 2013, les équipes peuvent s'appuyer sur la grille de pilotage de la HAS, publiée afin d'aider au déploiement des projets. Ceux-ci doivent être fondés sur un besoin médical avéré, qui sera le facteur décisif justifiant ou non leur lancement. L'étude tire les conclusions suivantes :

- Le rôle du coordinateur doit être renforcé, en particulier dans ce type d'étude géographiquement étendue. Familier avec le terrain, il devra gérer la formation des équipes et leur accompagnement. Son bon recrutement, et la formation de coordinateurs locaux pourraient, en prise avec l'ensemble des acteurs, être un élément clé de réussite.
- Les praticiens ont émis certaines réserves concernant la téléconsultation, en particulier sur la dégradation de la relation médecin-malade, et l'aspect chronophage de ces nouvelles techniques. Celles-ci devront être rapidement prises en compte pour éviter toute démotivation. Les habitants du village de Gianuccio, pour l'instant peu réceptifs, peinent à renoncer à la présence physique de leur médecin.
- L'acceptabilité de ces populations âgées envers les nouvelles technologies reste à approfondir, et la téléconsultation devra s'adapter à ces populations dans le suivi des pathologies chroniques.

⁵¹ Dufoin, « Pathologies chroniques et téléconsultation en zone rurale corse ».

- L'auteur conclut que bien que source de beaucoup d'espoir dans notre société la télémédecine ne saurait être cependant la panacée face aux défis auxquels sera confrontée la médecine de demain. Elle apporte un intérêt certain mais doit être encadrée, s'appuyer sur des guidelines solides, et des technologies fiables. Les groupements de professionnels de santé dans ces zones rurales pourraient peut-être offrir un cadre plus propice à la mise en place de ce type de projet.

Pour réussir le virage de la télémédecine, il est nécessaire d'encourager l'informatisation massive du secteur médical et paramédical et sa formation aux NTIC

Les aspects humains et organisationnels sont considérés comme des facteurs clés de succès de la télémédecine par l'ANAES.

Les facteurs humains comprennent la qualité des relations humaines (connaissance des interlocuteurs, légitimité des acteurs, rapports de confiance réciproques) ; la motivation et la disponibilité des acteurs, essentielles à la mise en place puis au fonctionnement du réseau ; la résistance au changement (résistance face aux nouveaux outils technologiques et/ou aux nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement) ; la reconnaissance du médecin référent et du service receveur.

Plusieurs organisations fonctionnelles du réseau sont possibles. Une structure descendante (un centre référent) ou en maillage (tous les centres sont demandeurs et receveurs). La constitution d'un groupe de travail au début du projet, qui serait pérennisé. Les aspects économiques de la télémédecine.

Ensuite pour l'animer, est un facteur de succès dans la mise en place du réseau et dans son fonctionnement.

Lorsque des personnes sont « dédiées » au réseau, l'organisation, le pilotage, l'évaluation et l'extension du réseau en sont facilitées. C'est ce qu'il ressort du rapport de l'ANAES et qui a été constaté sur le terrain avec l'exemple du réseau TELURGE.

De plus, le temps consacré à la mise en place puis au fonctionnement du réseau est considéré comme important par les sites experts, en particulier dans le cadre de la téléexpertise, et en raison des impératifs de formation à l'utilisation du réseau.

L'ensemble de ces éléments doit être connu des professionnels susceptibles de participer à un réseau.

A) Informer sur la télémédecine pour faire adhérer à un réseau

Il est important d'organiser une communication très large sur la télémédecine tant auprès du grand public qu'auprès des professionnels de santé. Cette communication présenterait une vision stratégique du développement des NTIC établissant des objectifs nationaux à court et moyen terme.

La haute technologie, considérée comme sophistiquée et coûteuse, a longtemps été confinée aux plateaux techniques des hôpitaux. Mais aujourd'hui, les TIC sont accessibles à tous.

Pour tous les professionnels de santé exerçant dans le secteur libéral, il s'agit de renforcer les incitations à l'informatisation, et à l'usage des NTIC dans leur activité professionnelle, par exemple en diminuant leurs coûts d'abonnements téléphoniques. Les outils évoluent vite, la capacité des individus à s'adapter est plus difficile. Dès lors, il est indispensable d'accompagner cette révolution culturelle et organisationnelle d'actions de sensibilisation, d'information et de formation des acteurs concernés.

Si la télémédecine s'avère intéressante pour éviter des transferts inutiles quand elle s'opère d'hôpital à hôpital, dans un processus de compétence ascendante, son efficacité en milieu rural est plus incertaine en raison notamment du problème précédemment évoqué des compétences des professionnels de santé.

B) Améliorer la formation continue des professionnels de santé

Il s'agit d'offrir une qualification en télémédecine, que soit mis en place un enseignement correspondant dans les facultés.

Pour l'instant il n'existe pas dans les cursus de formation initiale d'initiation aux NTIC appliquées à la santé. Une étude européenne constate que l'apprentissage des dispositifs de télémédecine se fait sur le terrain, sans aucune formation préalable, hormis une brève présentation suivant les pays et les applications développées, entre une heure et un jour.

En règle générale la formation est faite en autodidacte et précède même celle faite sur le lieu de travail.

La mise en œuvre d'un enseignement de spécialisation en informatique médicale appliquée aux usages quotidiens dans les cursus initiaux universitaires médicaux et paramédicaux est essentielle au développement de la télémédecine et à un usage efficient au regard des services qu'elles soutend.

Il serait donc souhaitable de développer davantage les modules de télémédecine dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé. Ce sont des conseils nationaux, dont le fonctionnement est financé par la loi de finance, qui sont chargés de définir le contenu de la formation médicale continue.

Au niveau régional, des comités doivent valider le respect de cette obligation par chaque médecin.

En outre, le développement de la télémédecine s'inscrit dans la problématique plus générale des possibilités de transferts de compétence entre les professions. Ces applications permettent en effet aux médecins de confier à d'autres professionnels de santé toutes les tâches qui n'exigent pas leur compétence, par exemple les infirmières ou encore les manipulateurs en radiologie, et d'améliorer ainsi leurs conditions de travail.

Télémédecine contre téléconsultation classique : méta-analyse (2015)⁵²

Les résultats d'une méta-analyse Cochrane de Septembre 2015 indiquent que l'utilisation de la TM pour la gestion de l'insuffisance cardiaque semble mener à des résultats médicaux similaires par rapport à une intervention en personne ou par téléphone ; il existe des preuves que la TM peut améliorer le contrôle de la glycémie chez les personnes diabétiques. Le coût du service de santé et l'acceptabilité par les patients et les professionnels de la santé ne sont pas clairs en raison des données limitées rapportées pour ces résultats. L'efficacité de la TM pourrait dépendre d'un certain nombre de facteurs, incluant ceux liés à la population étudiée, p. ex. la gravité et l'historique de la maladie, la fonction de l'intervention, p. ex. si elle est utilisée pour la surveillance d'une condition chronique ou pour fournir un accès aux services diagnostiques, ou encore le prestataire de soins de santé et le système de santé impliqués dans l'administration de l'intervention.

⁵² Cochrane, « Télémédecine interactive ».

***Télé-expertise**

Etude de faisabilité en télé-expertise dermatologique⁵³

Cette étude prospective de téléexpertise en Dermatologie réalisée en 2011 entre une clinique de Rhumatologie et le CHU de Strasbourg par Laura CELLARIER a permis de mettre en place et de confirmer la faisabilité de cette pratique entre deux sites géographiques du CHU. Le télédiagnostic a notamment été apprécié des rhumatologues du fait de la facilité et de la rapidité à obtenir un avis dermatologique. L'interactivité directe de la méthode a également été très appréciée des dermatologues et des rhumatologues.

Cette expérience concernant une petite cohorte de 39 patients a montré que la téléexpertise peut être utile pour le diagnostic des pathologies inflammatoires aiguës et/ou labiles nécessitant un avis rapide. Cette pratique est également très intéressante pour les patients à mobilité réduite ne pouvant pas se déplacer facilement. Par contre la téléexpertise présente des limites pour les pathologies inflammatoires chroniques et pour les lésions tumorales et/ou pigmentées par manque d'exhaustivité de l'interrogatoire et de la description clinique par le demandeur d'où l'importance d'une formation préalable à la dermatologie.

L'auteure conclue que des études complémentaires étaient nécessaires afin d'optimiser les modalités pratiques et financières. Il était également indispensable de définir un cadre législatif d'utilisation précis avant de mettre en place des consultations de télédermatologie sur le CHU de Grenoble en pratique quotidienne. Son expérience de téléexpertise en Dermatologie pouvait par ailleurs être utile au développement de ce type de pratique dans d'autres disciplines.

Seuil de rentabilité économique de la télé-expertise en Médecine Générale rurale à Langogne⁵⁴

Cette étude réalisée en 2016 par FUND Anthony. Ce travail de thèse est très intéressant car il marie un sujet d'actualité avec une évaluation médico-économique, encore peu connue des médecins mais qu'ils ne pourront plus ignorer à l'avenir. Cette thèse espère une future dérogation octroyée dans le cadre de désertification médicale locale, pour un éventuel financement de l'acte de téléexpertise. L'auteur espérant qu'une rémunération ne soit pas une fin en soi pour y participer, mais accélérerait l'émergence d'acteurs animés d'un intérêt qu'ils placeraient bien au-dessus des considérations économiques.

Il estime qu'en télémédecine, la téléexpertise est probablement la déclinaison la plus simple à édifier, lorsque les motivations des acteurs de chaque côté de l'écran se rencontrent. Pour lui, si l'on n'a jamais assez répété que la santé n'a pas de prix, elle a un coût pour la collectivité qui lui confère une dimension économique.

Dans cette expérience, la téléexpertise s'avère plus économique que la consultation traditionnelle et il a développé quelques pistes capables d'améliorer encore sa rentabilité.

Mais la télémédecine ne se cantonne pas à la dématérialisation des procédures existantes, elle est et sera à l'origine d'un saut qualitatif engendrant de nouveaux services.

Les faits aujourd'hui nous contraignent dans cette thèse à émettre des suppositions, des hypothèses sous la forme «Et si...» et réclament qu'on imagine ce qui ne se voit pas pour mieux expliquer ce que l'on voit. Les bénéfices sont à rechercher au-delà de ce bilan comptable, car l'enjeu de la santé est finalement moins économique que qualitatif et nous constaterons ensemble

⁵³ Cellarier, « Étude de faisabilité de téléexpertise en dermatologie ».

⁵⁴ Fund, « Seuil de rentabilité économique de la télé-expertise en Médecine Générale rurale à Langogne - 2016 ».

que ceci ne tua pas cela.

Evaluation de la fiabilité diagnostique et thérapeutique de la télé-expertise dermatologique en médecine générale⁵⁵

Cette étude réalisée en 2014 par Mélanie MOUCADEL nous indique que l'importance de la demande en soins dermatologiques associée à une densité décroissante des dermatologues entraîne un isolement des médecins généralistes et des patients avec des conséquences médico-économiques. Son objectif était d'évaluer la concordance diagnostique et thérapeutique entre la télé-expertise dermatologique en médecine générale et la consultation conventionnelle dermatologique, elle a réalisé pour cela une étude prospective comparative monocentrique comparant les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus via la télé-expertise dermatologique réalisée en cabinet de médecine générale versus ceux obtenus au cours de la consultation conventionnelle du dermatologue sur 6 mois et elle a conclu que la télé-expertise dermatologique en médecine générale expose à peu d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques, et semblait être une réponse possible à la problématique de difficultés d'accès aux soins dermatologiques. Elle a pensé qu'une étude sur un échantillon et une durée plus importants permettrait de pouvoir généraliser l'utilisation de l'outil.

Mise en place et évaluation d'un service internet de téléexpertise en médecine interne à l'attention des médecins généralistes de Moselle : « S@S Interniste »⁵⁶

L'expérience menée par le service de médecine interne de l'HIA Legouest par Lenaïg LE VOT-DUAULT pendant un an a montré qu'un service de téléexpertise par internet est facile à mettre en place, mais que peu de médecins généralistes civils sont intéressés par ce type d'offre, avec satisfaction des médecins militaires ou civils qui y ont eu accès.

C'était en effet une modalité de plus pour les médecins généralistes d'avoir accès à un avis spécialisé, complémentaire des moyens existant déjà (téléphone, courrier, consultations) avec des avantages spécifiques : anonymat de la demande, présentation écrite plus complète et parfois moins intimidante que la présentation orale, possibilité de poser une question hors heure ouvrable, réponse collégiale avec une trace écrite médico-légale.

Dans l'expérience de l'auteure, ce service a été surtout utilisé par les médecins des unités militaires. Les obstacles à l'utilisation de ce service par les médecins généralistes civils ont semblé être : le manque de recours à internet, la préférence d'un contact immédiat de type téléphonique et l'insuffisance d'intégration de l'HIA dans le réseau de consultants des médecins. Pour le spécialiste, c'est un système et moins intrusif que le téléphone, permettant d'intégrer les demandes d'avis dans le fonctionnement habituel du service. La collégialité des réponses est un gage de sécurité et est plus conforme à « l'esprit » de la médecine interne. Afin de pérenniser le service, il faudrait qu'il soit disponible sur une plate-forme de télésanté reconnue utilisant un réseau crypté et permettant l'envoi d'examen complémentaires de façon sécurisée.

⁵⁵ Moucadel, « Evaluation de la fiabilité diagnostique et thérapeutique de la télé-expertise dermatologique en médecine générale - 2014 ».

⁵⁶ LE VOT DUAULT, « Mise en place et évaluation d'un service internet de téléexpertise en médecine interne à l'attention des médecins généralistes de Moselle : « S@S Interniste » - 2015 ».

Evaluations médicale et économique préalable à la prise en charge des plaies par télé-médecine au CHU D'Angers⁵⁷

Une étude prospective fut réalisée par Joana MARTINS en 2015 en comptabilisant l'ensemble des prescriptions de transport médical (PTM) rédigées du 26 février au 28 avril 2013 (9 semaines) au cours des consultations spécialisées de plaies du service de Dermatologie du CHU d'Angers. Pour chaque PTM rédigée, les différents critères influant le montant pris en charge par l'Assurance Maladie ont été recueillis. Ces critères comprenaient : la distance kilométrique entre le domicile du patient et le lieu de la consultation, la prise en charge ou non à 100% et le mode de transport médical (VSL, moyen de transport personnel ou ambulance). Elle a conclu que la télé-médecine permet la réalisation d'économies sur différents postes de dépenses : diminution du nombre d'aller-retour en ambulance pour se rendre sur les lieux de consultations, réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier en apportant une alternative à la suite de la prise en charge.

L'intérêt du développement d'une activité de télé-médecine était donc double : répondre à un besoin croissant en Dermatologie (vieillesse de la population et évolution défavorable de la démographie médicale) tout en réalisant des économies sur les coûts assumés par l'Assurance Maladie.

Freins et intérêts des médecins généralistes creusois sur la création d'un réseau public de télé-expertise des ECG⁵⁸

Une étude de Xavier JAMET en 2015 sur les freins et intérêts des généralistes nous a indiqué que le gouvernement français encourageait actuellement le développement de projets de télé-médecine avec l'existence de régions pilotes. Le Limousin ne fait pas partie de ces régions mais était très dynamique dans la création de projets de télé-médecine face à la diminution d'accès aux soins de premier et second recours grâce à la mobilisation de nombreux médecins.

L'électrocardiogramme est un outil de travail indiqué dans de nombreuses indications et principalement utilisé dans les situations d'urgence dans la population médicale creusoise. Le taux d'équipement en électrocardiogramme des médecins généralistes creusois est supérieur à de nombreuses études pouvant être expliquées par la forte ruralité et la distance d'accès aux soins de second recours en Creuse.

Dans les prochaines années une problématique d'accès aux soins de premier recours pour la population creusoise vieillissante est à craindre, confirmée par les données inquiétantes de mon étude sur le vieillissement de la population médicale et la faible attractivité de la Creuse pour l'installation de jeunes médecins.

Face à cette situation, l'existence d'un réseau de télé-expertise est globalement acceptée par la population médicale. Dans le cadre des électrocardiogrammes les médecins généralistes effectuent déjà de la télé-expertise officieusement avec les urgentistes et les cardiologues du département. La problématique de cette activité est l'absence de protection des données personnelles du patient et l'absence de cadre juridique pouvant entraîner des poursuites importantes en cas d'incidents telle une erreur médicale.

⁵⁷ MARTINS Joana, « Evaluations médicales et économiques préalables à la prise en charge des plaies par télé-médecine au CHU d'Angers ».

⁵⁸ Jamet et Landos, « Freins et intérêts des médecins généralistes creusois sur la création d'un réseau public de télé-expertise des ECG - 2015 ».

Ces problèmes ont montré durant ses recherches la forte attente des urgentistes et cardiologues à la création d'un réseau de télé-expertise, les protégeant et reconnaissant une activité pratiquée de manière régulière. Cette étude lui a permis d'établir les freins et les intérêts des médecins généralistes et de leurs intervenants (cardiologues et urgentistes) lors de la réalisation d'actes de télétransmission des ECG, m'aidant à définir une ébauche d'un projet de réseau de télé-expertise des ECG.

Par son isolement géographique et ses caractéristiques démographiques, la Creuse est une terre fertile au développement de projets innovants permettant à son sens d'attirer dans le futur l'installation de jeunes médecins et un développement économique et technologique du département.

Évaluation monocentrique d'une application de télé-expertise électrocardiographique au profit des médecins d'unité – 2010⁵⁹

Les cardiologues du Val-de-Grâce aident les médecins d'unités qui leur transmettent par fax des tracés ECG, pour lesquels ils ont des difficultés d'interprétation. Dans ce contexte, dans une étude prospective réalisée par Yann DANIEL, il a recueillis l'ensemble des ECG faxés d'août 2008 à juin 2009. Les caractéristiques sociodémographiques des patients, les circonstances de réalisation des ECG, la qualité des tracés reçus par fax, les questions des médecins d'unité, les réponses des cardiologues, et les délais de réponse ont été recueillis. Lorsque la réponse était faxée au généraliste, il était joint un questionnaire afin de connaître son avis sur la réponse du cardiologue, et savoir si cette réponse modifiait sa prise en charge. Il a mis en évidence la faisabilité d'une telle application de télémédecine par le biais du fax, qui a permis une diminution de 49,1 % des consultations spécialisées non justifiées. Quatre-vingt cinq pour cent des médecins généralistes qui ont eu recours à ce service se sont estimés satisfaits ou très satisfaits. Son travail souligne certaines de leurs spécificités d'exercice, à travers l'analyse de leur activité électrocardiographique. Les médecins d'unités sont, en effet, très souvent confrontés à des modifications électriques, découvertes de façon fortuite, sur des ECG réalisés de manière systématique, pour des raisons réglementaires, chez des sujets jeunes, asymptomatiques et a priori sains. Dans notre série, 36 ECG considérés comme potentiellement pathologique par les cardiologues ont été réalisés dans ces circonstances.

Ce modèle de télé-expertise apparaît comme une application réaliste et efficace, répondant aux attentes des médecins d'unités. Le développement de telles applications, pourraient permettre une meilleure rationalisation des moyens, et une amélioration de la prise en charge de nos patients.

***Contexte technique**

La gestion des données médicales⁶⁰

Au terme d'une étude de droit menée par ETIENGNOAN N'Da Brigitte fin 2014, on doit constater que malgré toutes les réponses juridiques déjà données aux questions posées par l'introduction des

⁵⁹ DANIEL, « Évaluation monocentrique d'une application de télé-expertise électrocardiographique au profit des médecins d'unité - 2010 ».

⁶⁰ Etien-Gnoan, « L'encadrement juridique de la gestion électronique des données médicales - 2014 ».

nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, le droit positif est encore loin de résoudre tous les problèmes liés à la protection de la vie privée .

Alors, faut-il, pour autant balayer du revers de la main tout le droit existant pour en créer un autre spécifique à cette nouvelle réalité ?

Sur la question, les professeurs GAUTRAIS et TRUDEL (GAUTRAIS, Vincent, TRUDEL, Pierre. Circulation des renseignements personnels et Web 2.0

Université de Montréal. Édition Thémis, 2010.) ne sont pas aussi radicaux. Ils semblent militer en faveur d'une adaptation plutôt qu'un rejet catégorique du droit existant. Selon eux, «face aux bouleversements technologiques que beaucoup considèrent comme, à juste titre, « révolutionnaires », il n'est d'autres choix que de changer le droit aussi. Suivant des degrés différents, plusieurs considèrent donc que ce domaine en émergence, à l'instar du droit plus englobant qu'est le droit du cyberspace, est différent du droit traditionnel.

Le droit de la vie privée devrait par conséquent être au pire remanié, au mieux rebalancé, certains principes étant désuets et d'autres sous-évalués». Elle partage leur position et considère que le plus judicieux serait «de concilier situations «nouvelles» et «vieux» droit ».

C'est aussi la politique adoptée par le gouvernement français dans l'encadrement juridique de la gestion électronique des données médicales.

La gestion électronique des données médicales s'inscrit non seulement dans le champ du traitement automatisé de toutes les données personnelles, mais aussi dans celui qui est particulier aux données sensibles, notamment les données de santé.

Son encadrement juridique est donc assuré par les règles communes au traitement de toutes les données personnelles tout comme par les règles spécifiques au traitement des données médicales.

Les règles communes concernent les formalités préalables à la mise en œuvre des traitements et les principes généraux qui fondent ces procédures dont la formalité de déclaration préalable au traitement est la règle en la matière.

Mais, cette règle de la déclaration admet des assouplissements comme des traitements exonérés de formalités préalables. Certains traitements sont, par contre, soumis à des procédures plus rigoureuses de demande d'autorisation préalable. C'est le cas du traitement automatisé des données médicales.

Ces formalités établies par la loi informatique et libertés, trouvent leur fondement dans les principes généraux à valeur constitutionnelle que sont le respect de la vie privée et celui de l'ordre public.

Consacrés tant par les traités internationaux que par les droits européen et français, ces principes sont mis en œuvre à travers des exigences légales liées aux obligations qui pèsent sur les responsables de traitement et les droits reconnus aux titulaires des données traitées.

La gestion électronique des données médicales consiste autant dans le simple traitement automatisé des données que dans le partage et l'échange de ces informations entre les différents acteurs.

Le partage des informations des patients engendré par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication a pour objectif de favoriser une meilleure qualité de soins et une réduction des dépenses de santé.

Cette pratique, la télésanté, se présente sous une forme diversifiée avec des applications médicales (la télémédecine) et des applications médico-sociales. Dans ce cadre, Internet joue un rôle capital, mais le partage ne peut être possible que si les systèmes d'information sont interopérables.

Cette interopérabilité, encore en chantier en Europe et en France, connaît des limites que l'État français veille à corriger en nommant un maître d'ouvrage : l'agence des systèmes d'information partagée de santé (ASIP santé).

Cette agence a, entre autres missions, de favoriser le partage des données de santé en assurant l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information à travers les référentiels qu'elle homologue. L'ASIP santé a également pour attribution de veiller au déploiement du dossier médical personnel (DMP) - récemment confié à la CNAM d'ailleurs par Marisol TOURRAINE.

C'est le principal outil de mise en œuvre de la télésanté. L'agence assure, à cet effet, l'encadrement de la procédure d'agrément à laquelle sont soumis les hébergeurs de données de santé dans l'optique de garantir la sécurité et la confidentialité de ces renseignements.

L'intervention d'Internet dans la mise en œuvre de ces partages d'informations médicales pose des problèmes de sécurité de la vie privée auxquels les autorités compétentes tentent de faire face. La loi informatique et libertés est la principale référence en matière de protection des données personnelles. Modifiée après la transposition de la directive européenne 95/46/CE, cette loi augmente les pouvoirs de la CNIL, autorité indépendante chargée du respect de la protection des données personnelles informatiques «L'échange est un transfert unidirectionnel ou réciproque de données, par voie orale ou par le biais de l'informatique (à l'instar de la messagerie électronique).

Au contraire, le partage est l'action de rendre des informations accessibles à plusieurs personnes et le contrôle de son application.

Dans cette optique, plusieurs délibérations ont été prises et des sanctions, prononcées par la Commission contre les contrevenants à la loi informatique et libertés.

La loi KOUCHNER de mars 2002 a donné une impulsion aux droits des patients. Le patient est davantage impliqué dans la gestion de son dossier médical personnel. Il lui a, notamment, été reconnu un droit de masquage et un droit d'accès direct avec possibilité de modification de son dossier médical personnel. Aucun acte de gestion électronique de ses données médicales ne peut être effectué sans son consentement.

Toutefois, si la reconnaissance de tous ces droits permet au patient d'avoir un meilleur contrôle sur ses données de santé, il n'est pas exclu que, mal exercés, certains l'exposent à de véritables dangers pour sa santé.

Le droit de masquage, constituant l'exemple type, est aujourd'hui controversé car non seulement la relation de confiance qui caractérise le "colloque singulier " entre soignant et soigné en pâtit, mais le patient pourrait aussi modifier ou dissimuler des informations capitales pour son suivi médical.

Pour l'instant, le droit français n'en donne pas les modalités exactes d'application censées faire l'objet d'un décret en Conseil d'État pris après avis de la CNIL, aux termes de l'article L 1111 - 21 du code de la santé publique.

Le cadre juridique du dossier médical personnel est en construction depuis 2004, date de sa création. Cette situation influence lourdement son déploiement car de nombreux aspects pratiques restent encore à être précisés par le décret DMP attendu depuis 2007.

Quatre décrets étaient prévus pour la définition et la mise en œuvre du dossier médical personnel, clef de voûte de la réforme du système de santé. Alors que deux d'entre eux sont parus (" hébergement de données de santé", décret du 4 janvier 2006, et " confidentialité", décret du 15

mai 2005), les deux autres, qui sont pourtant fondamentaux pour la suite du processus, sont encore en cours de préparation et font l'objet de discussions et d'incertitudes sur différents points capitaux (le décret DMP et le décret relatif à l'identifiant de santé).

Sans doute, plusieurs questions qui restent en suspens pourront-elles trouver leur réponse lorsque ces textes paraîtront, mais la réalité fait qu'il serait illusoire de croire qu'ils suffiront à résoudre les deux dilemmes qui demeurent : celui des libertés individuelles du patient face à sa santé et celui de la confidentialité de ses données médicales face à sa santé.

Faut-il privilégier l'extension des droits des patients sur leur dossier médical personnel, malgré les risques que cela se retourne contre eux, ou faut-il préserver leur santé en restreignant leurs libertés individuelles ?

Jusqu'à quel point, le partage du secret médical (dans l'intérêt du 421 données personnelles au plan international reste un défi majeur à relever. Des initiatives d'adoption de règlements communautaires comme celles prises par l'Europe sur la protection des données personnelles sont à encourager et à multiplier dans le reste du monde en attendant de trouver une solution universelle. Celle-ci devra commencer par un réexamen des lignes directrices régissant la protection de la vie privée et les flux transfrontières de données de caractère personnel élaborées par l'OCDE il y a une trentaine d'années.

Il faudrait également envisager d'associer tous les États y compris ceux en voie de développement, du fait de l'universalité d'Internet, à l'élaboration de nouvelles lignes directrices sur la protection des données personnelles. Les pays développés y gagneraient dans la mesure où de plus en plus d'hébergeurs ont recours aux services de sous-traitants établis à l'extérieur, dans des pays qui ne disposent pas toujours de législations protectrices de données personnelles.

Pour résoudre le problème de l'absence de législation sur la protection des données personnelles dans tous les États du monde, les États-Unis, par exemple, privilégient l'adoption de mécanismes d'autorégulation à travers des codes de bonne conduite. Une des initiatives les plus populaires est un procédé technique d'autorégulation: le projet du consortium «World Wide Web platform for privacy preferences (P3P)».

Ce projet est essentiellement animé par des entreprises américaines. Il est destiné à offrir à l'utilisateur final la possibilité de gérer lui-même la communication de ses données en fonction de la pratique énoncée et de ses préférences. Il s'agit d'une sorte de charte de bonne conduite adaptée à Internet. Chaque site souhaitant faire partie de cette communauté s'engage à respecter un certain nombre de règles déontologiques.

Ces mécanismes sont appelés à être inclus et diffusés mondialement dans les prochaines versions de logiciels de navigation sur Internet. Des initiatives similaires pourraient être introduites dans le processus de sélection des sous-traitants des hébergeurs de données de santé domiciliés hors des États disposant d'une législation sur la protection des données personnelles.

Ce serait un début de solution, mais l'auteure pense, avec FENOLL-TROUSSEAU et HAAS que quoiqu'intéressante, cette initiative (même multipliée à travers le monde), ne pourrait réellement protéger l'individu que si «toutes les personnes qui agissent dans le domaine des traitements de données personnelles sont soumises aux mêmes règles, aux mêmes principes de protection.

De plus, ceci ne peut fonctionner, qu'à condition que tout OCDE obéisse aux mêmes lignes directrices régissant la protection de la vie privée et les flux transfrontières de données de caractère personnel et ait la même interprétation de ces règles. Il faudrait donc attendre un accord

international adoptant un ensemble de règles précises pour que ces déclarations d'intention aient des effets réels».

On en revient donc toujours à la solution d'accords internationaux entre tous les États ; ce qui relève plus de l'utopie, en raison des réalités actuelles de disparité entre les législations. D'autant plus qu'il en existe mais que c'est leur efficacité qui est mise en cause.

Une autre solution serait la mise en place de moyens permettant d'instaurer une interopérabilité internationale sécuritaire entre tous les États en matière de données personnelles. Mais la tâche s'annonce ardue dans la mesure où, comme le précisait le Professeur LAVENUE, traitant de la question de l'interopérabilité en rapport avec la sécurité, il n'y a aucune garantie réelle de contrôle sur l'usage qui pourra être fait hors de l'Europe des fichiers transférés.

C'est pourquoi, de profondes réflexions sur la question restent nécessaires.

*** D'UN POINT DE VUE TECHNIQUE**

Les personnes impliquées et le matériel requis⁶¹

La réalisation d'activités de télémédecine requiert la mobilisation de deux types d'acteurs :

Les **acteurs institutionnels**, en charge du pilotage, de la mise en œuvre et de la régulation des activités de télémédecine au niveau du territoire régional :

La maîtrise d'ouvrage stratégique – l'Agence Régionale de Santé, responsable :

- De la définition de la politique générale de télémédecine au niveau du territoire régional (*via* le PRT)
- De sa mise en œuvre concrète : soutien aux porteurs de projets, contractualisation avec les acteurs...

Les maîtrises d'ouvrage opérationnelles (les porteurs de projets) :

- Organisation(s) (GCS dédié, établissement de soins, association de producteurs de soins...) en charge
 - De la mise en œuvre des conditions (organisationnelles, techniques, financières, humaines) nécessaires au bon déroulement du projet de télémédecine du territoire.⁶¹
 - Le cas échéant, de la mutualisation de moyens et ressources nécessaires aux projets de télémédecine.
- Porteurs de projets, en charge de l'organisation et du pilotage opérationnel des projets de télémédecine au niveau local.

Les **acteurs opérationnels**, directement impliqués dans la réalisation de l'acte :

- Le patient (et ses éventuels aidants) ;
- Les professionnels de santé :
 - Professionnel médical (PM) responsable de la prise en charge du patient, de la relation contractuelle avec ce dernier et prescripteur de l'acte de télémédecin (« **PM requérant** », cas de la téléexpertise et de la téléassistance médicale)
 - Professionnel de santé (PS) souhaitant disposer d'une assistance médicale à distance (« **PS requérant** », cas de la téléassistance médicale)

⁶¹ DGOS, « Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine - Déploiement technique : Urbanisation et infrastructure ».

- PM expert contribuant, dans le cadre de l'acte de télémedecine, à la prise en charge du patient (« **PM sollicité** », cas de la téléexpertise et de la téléassistance médicale)
- PM responsable de l'acte de télémedecine (cas de la téléconsultation).
- Les personnels intervenant en soutien à l'acte de télémedecine :
 - Professionnels de santé et psychologues intervenant dans le cadre de l'acte de télémedecine
 - Personnel administratif intervenant en support à l'acte de télémedecine
 - Personnel technique intervenant en support à l'acte de télémedecine
- La structure porteuse de l'activité de télémedecine (établissement de référence, GCS, association, ...)
- Les fournisseurs et prestataires techniques :
 - Editeurs de logiciels
 - Fabricants de dispositifs médicaux communicants
 - Prestataires de services informatiques (intégrateurs, SSII...) : logistique, système d'information, support...
 - Hébergeurs de données à caractère personnel
 - Opérateurs Telecom et fournisseurs d'accès internet
 - Consortium de sociétés de service d'ingénierie (GIE, ...)
 - Opérateurs de dispositifs de télémedecine faisant appel à des professionnels de santé
 - Autres intervenants (fournisseurs de matériels divers, ...).
- Les prestataires de services :
 - Sociétés de conseil (Assistance à maîtrise d'ouvrage, accompagnement et conduite du changement des PS et des patients...)
 - Groupes spécialisés dans l'assistance à la personne (téléacteurs ou personnels plus ou moins spécialisés intervenant à domicile)
 - Prestataires de services à domicile (PSAD)
- Prestataires intégrant dans leur offre des services dit de « conciergerie technique » :
 - Avant l'acte : vérification de l'opérationnalité des dispositifs mobilisés et de la disponibilité des conditions requises (débit réseau, ...) afin de prévenir la survenance d'incidents techniques au cours de l'acte
 - Au cours de l'acte : surveillance et traitement des dysfonctionnements.

Principes directeurs du déploiement technique

Pour établir **le volet technique de son Programme Régional de Télémedecine (PRT)**, chaque Agence Régionale de Santé :

- Réalise un état des lieux exhaustif des infrastructures (nature des connexions internet des principaux acteurs notamment) et SI de santé au niveau du territoire régional et des établissements de santé, ceci afin :
 - D'appuyer la définition de sa stratégie régionale de télémedecine sur une connaissance précise de l'existant technique
 - De positionner les projets de mise en œuvre dans un contexte global.
- Prend en considération les éléments suivants :
 - Principes généraux d'urbanisation
 - Règles de sécurité et d'interopérabilité

- Pré-requis en matière d'infrastructure réseau.

Pour chaque ARS, le déploiement à grande échelle des pratiques de télémédecine requiert :

- D'inscrire la mise en œuvre des dispositifs de télémédecine dans une **urbanisation cohérente** dans le respect du cadre d'urbanisation du Système d'Information de Santé national et des référentiels associés
 - Respect des référentiels nationaux d'identification :
 - 1) identification des acteurs et connexion à terme au Répertoire des Acteurs Santé Social (RASS)
 - 2) Authentification des professionnels de santé à partir des services CPS
 - 3) Identification des patients s'appuyant sur l'INS
 - Intégration des services de partage / d'échange de données de santé (DMP, messagerie sécurisée de santé) en conformité avec le Cadre d'Interopérabilité du Système d'Information de Santé (CI-SIS) selon les processus d'homologation en vigueur (DMP Compatibilité, et futur processus d'homologation messagerie sécurisée)
 - Respect des référentiels de sécurité (hébergement des données de santé à caractère personnel selon la nature du dispositif, prise en compte de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé à venir- PGSSI-S)
- D'analyser précisément **les contributions des logiciels et systèmes d'information métiers** mobilisés (SIH, LGC, SI des maisons pôles et centres de santé, SI des réseaux de santé...) afin de les intégrer dans le dispositif de télémédecine selon leurs caractéristiques et leurs fonctionnalités
- De s'appuyer sur des **composants et infrastructures « standards »**, afin d'éviter les duplications onéreuses et potentiellement non interopérables ;
- De privilégier la **mutualisation de services** (pour les fonctions d'archivage de l'imagerie médicale, par exemple) et d'œuvrer à l'interopérabilité entre systèmes et dispositifs (passerelles entre modalités du territoire...);
- De privilégier les évolutions fonctionnelles des outils disponibles sur le marché (éditeurs) aux développements spécifiques à l'échelle d'un seul territoire.

Schématiquement, la réalisation d'un acte de télémédecine met en jeu des besoins fonctionnels de cinq ordres :

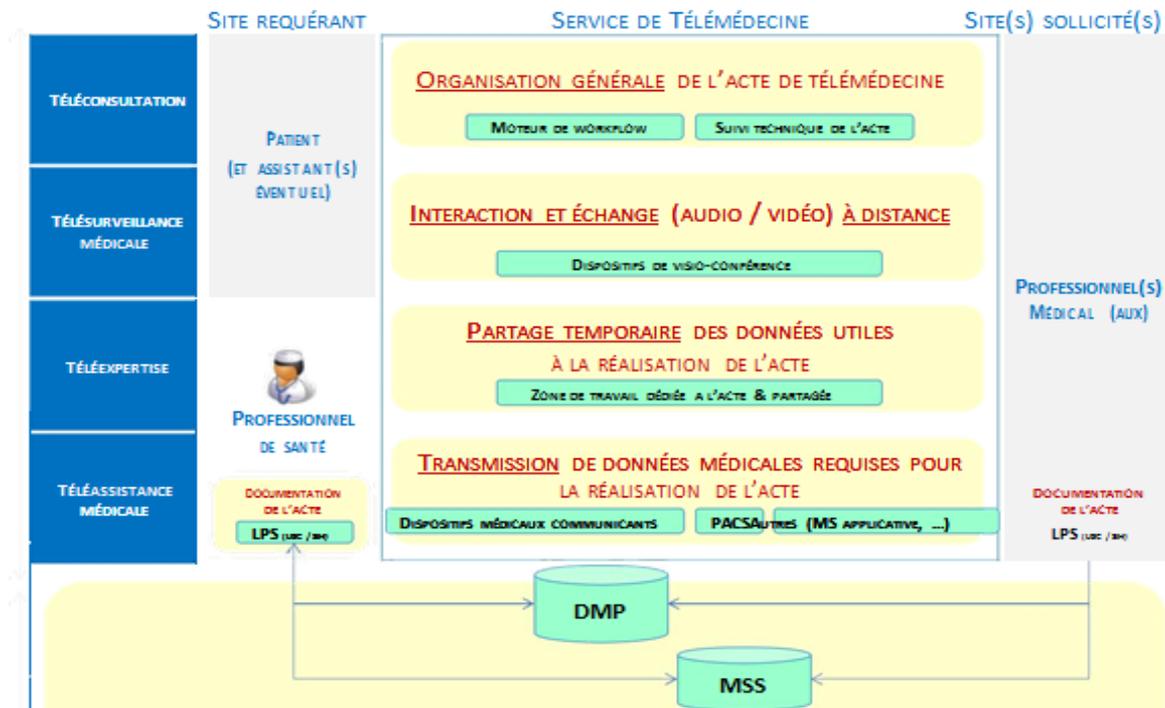


Les fonctionnalités **d'organisation** et **d'interaction à distance** concernent indifféremment tous les types d'actes. Il en va de même, pour les fonctionnalités de **partage / échange de documents utiles à la coordination des soins**.

Les fonctionnalités de **partage temporaire** et de **transmission** des données médicales requises pour la réalisation de l'acte s'entendent plutôt dans les cas de télémédecine « soignant – soignant ». Elles peuvent néanmoins également être mobilisées dans les actes « patient – soignant » lorsque le patient est assisté par un professionnel de santé qui communique des informations aux professionnels médicaux du site sollicité.

Pour chaque projet de mise en place d'une activité de télémédecine au niveau régional, ces macro-besoins fonctionnels **devront être détaillés et adaptés au contexte de prise en charge** visé afin de déterminer les moyens (organisationnels et techniques) nécessaires à la bonne mise en œuvre du dispositif.

Pour couvrir les besoins fonctionnels associés à la réalisation d'un acte de télémédecine, différents systèmes d'information et composants applicatifs peuvent être à mobiliser :



La plupart des composants génériques identifiés ci-dessus recouvrent eux-mêmes une variété de solutions, à adapter selon le type d'acte concerné :

En matière de **moteur de workflow**, l'objectif consiste à disposer d'un composant logiciel permettant d'exécuter l'enchaînement des activités successives constitutives du processus de réalisation de l'acte de télémédecine :

- Depuis la planification de l'acte jusqu'à sa facturation, en passant par sa réalisation et sa documentation
- En mobilisant pour chaque activité les acteurs et ressources requis.

A minima, ce composant gère donc :

- La demande d'acte
- Le suivi de son acheminement vers l'acteur chargé de réaliser l'acte ; Le lien avec la transmission d'informations nécessaire à l'acte
- Le suivi de la réalisation de l'acte
- Le suivi de la gestion des éléments constitutifs : compte-rendu, prescriptions, éventuelles remarques liées à la réalisation...
- La traçabilité des différents événements.

Selon la complexité du processus, une « simple » messagerie peut permettre d'assurer la succession des tâches.

Le suivi technique de l'acte

Ce composant doit permettre aux personnels techniques intervenant en support à l'acte de télémédecine (personnels internes d'un établissement ou sociétés de services dédiées – sociétés proposant des services dits de « conciergerie technique », ...) de vérifier **l'opérationnalité du dispositif préalablement à l'acte**, puis la **traçabilité technique** tout au long de l'acte (monitoring), afin d'être en mesure **de prévenir l'apparition d'incidents techniques** (gestion d'alertes) ou d'en

minimiser l'impact et la durée (gestion de dysfonctionnements) en cas de survenance (en étant notamment capable **d'en identifier rapidement l'origine**).

La mise en place de ce type de composant est à considérer au regard **de la criticité du dispositif technique** dans la réalisation de l'acte.

Les dispositifs de visioconférence

Il est actuellement difficile de caractériser l'utilisation des solutions de visioconférences par des types d'usages. La stratégie régionale visera à déterminer un cadre commun à l'ensemble des projets de télémédecine.

Afin d'aider à l'élaboration de cette stratégie, quatre types de solutions de visioconférences peuvent être définis :

1) Visioconférence / Audioconférence

Ce type de solution est basé sur les standards de la visioconférence nécessitant la gestion d'un ou plusieurs ponts et supportant l'ensemble des réseaux accessibles depuis les environnements hospitaliers :

- Interconnexion avec les réseaux MPLS déployés dans les régions (généralement 1 réseau par région)
- Passerelle sur Internet
- Accueil de connexions RNIS (dans l'attente de disparition de cette technologie à moyen terme).

Le support de la HD doit être généralisé à terme dans ce genre de solution.

L'audioconférence doit également être proposée en quasi libre-service.

2) Téléprésence

Ce type de solution est destiné à être déployé dans des sites de « référence » équipés de manière spécifique d'aménagement de salle dédiée et homogène entre tous les sites. Les sites sont reliés par une infrastructure de réseaux de haut débit voire Très Haut Débit. Cette solution permet de restituer une qualité d'échange quasi équivalente à la réunion présentielle.

De par les besoins importants en aménagement de salles et en débits réseaux, ce genre de solution n'est pas actuellement déployé dans le domaine de la santé. Les opérateurs présents sur ce type de solution utilisent des fonctionnalités techniques qui ne font pas l'objet aujourd'hui de standardisation entre constructeurs. La masse critique nécessaire à la mise en œuvre de ce type de solution est économiquement peu compatible avec une approche régionale.

3) Webconférence

Ce type de solution met en œuvre des clients légers sur micro-ordinateur fixe ou portable, sur tablette voire sur smartphone tirant parti d'une caméra de face. Le logiciel client doit être installable simplement par l'utilisateur. Il convient néanmoins de faire attention à la facilité de réglage du dispositif audio qui, lorsqu'il s'appuie sur l'équipement de base d'un micro-ordinateur, peut engendrer certaines difficultés.

Ces équipements de mobilité doivent permettre une collaboration de bonne qualité (vidéo et audio – HD par exemple) avec les systèmes de visioconférence et voire de téléprésence, ainsi que la possibilité de présentation de documents.

L'utilisation d'une connexion ADSL, WIFI ou 3G doit être possible. L'émergence de solutions basée sur les référentiels d'annuaires et permettant une identification fiable des acteurs reste à privilégier.

4) Visioconférence embarquée dans une application de télémédecine

Le composant cité précédemment de gestion de la zone de travail dédiée à l'acte de télémédecine peut intégrer une fonctionnalité de visioconférence. L'intégration de cette fonctionnalité peut apporter un bénéfice ergonomique important pour les utilisateurs. Néanmoins ces solutions impliquent le respect d'un cahier des charges précis pour le choix des matériels et protocoles utilisés et rendent les solutions plus spécifiques.

Le tableau suivant caractérise les différents types de projets pouvant se concevoir selon le type de solution :

Solution	Type de projet	Type d'actes de télémédecine
Visioconférence / Audioconférence	Projet régional ou interrégional	Téléconsultation ou <u>téléexpertise</u> sur des sites équipés de matériels de visioconférence (ES, maisons ou centres de santé, UCSA, établissements médico-sociaux, ...)
<u>Téléprésence</u>	Projet interrégional, voire national	<u>Téléexpertise</u>
<u>Webconférence</u>	Projet régional ou interrégional	Téléconsultation ou <u>téléexpertise</u> associant des acteurs dotés d'équipements informatiques standards.
Visioconférence embarquée dans un outil de télémédecine	Projet relevant d'une thématique particulière nécessitant une intégration forte avec la zone de travail <u>télémédecine</u> .	Télé-expertise <u>protocollée</u> utilisant de manière intensive des résultats d'imageries

Selon le type d'utilisation, les outils sélectionnés devront respecter les consignes de mise en œuvre :

Pour une visioconférence Patient / Soignant :

- La qualité de l'interaction est fondamentale, mais asymétrique et contextuelle :
 - o La qualité de l'image/son « patient » est liée au contexte clinique. Elle est forte si un examen clinique est fait à distance.
 - o La qualité de l'image/son « médecin » doit faciliter le dialogue.
- Le canal de visio « côté patient » est souvent utilisé pour transmettre des données temps réel (écrans...)
- Le dispositif coté « patient » doit permettre le pilotage de la caméra, l'enregistrement de séquences (examen clinique). Il doit disposer d'un moniteur spécifique et d'une connectique vidéo pour raccorder des sources externes.

Pour une visioconférence Soignant / Soignant :

- L'exigence de qualité est symétrique, permettant le dialogue facile entre les soignants (la qualité du son est la plus importante).
- Deux situations très différentes existent, qui peuvent s'appliquer entre deux ou plusieurs sites (multipoint) :

- o Le soignant est seul devant son écran d'ordinateur (Mode streaming avec caméra intégrée et casque) ;
- o Les soignants sont en groupe en salle de visioconférence (multi-micros, orientation caméra, suppression écho) ;
- Comme évoqué précédemment, le partage d'écran doit être possible, mode collaboratif (deux fenêtres / moniteurs avec priorité au partage d'écran).

Le composant de gestion de la zone de travail dédiée à l'acte de télémedecine

Ce composant permet à des utilisateurs identifiés et/ou authentifiés de bénéficier d'une zone de travail commune dans laquelle les informations utiles à la réalisation de l'acte de télémedecine pourront être échangées en temps réel.

Certaines solutions fournissent une fonctionnalité d'identification du patient dans la session de travail qui garantira à chaque utilisateur la vision permanente de cette identification dans la zone de travail ainsi que la fermeture des documents relatifs à un patient donné en fin de session ou avant de passer au patient suivant.

La fonctionnalité de partage d'informations peut suivre deux modèles d'implémentation (non exclusifs) :

- Modèle de collaboration synchrone avec couplage fort :
 - o Les participants ont une vision partagée (couplée) d'un même document à partir d'un poste maitre (partage de la fenêtre d'application de l'un des postes à l'ensemble des postes)
 - o Les participants ont une vision propre identique d'un même document distribué préalablement sur chaque poste en local. L'application distribuée sur chaque poste donne une vision partagée de ce document en assurant une présentation identique simultanée.

Nota : la première architecture est plus dépendante de la qualité du réseau et présente en conséquence un risque de dégradation de qualité des éléments visualisés au cours de la réalisation de l'acte de télémedecine. La seconde architecture est donc à retenir lorsque la zone de travail doit permettre le partage de documents de volume conséquent dans une qualité maîtrisée : ce qui est typiquement le cas des résultats d'imagerie.

- Modèle de collaboration synchrone avec couplage lâche :
 - o Les participants utilisent la même application (mode SaaS ou téléchargement préalable) pour accéder aux mêmes informations et documents sans couplage sur la vision (chaque acteur peut évoluer dans le document et se situer à l'écran sur une page différente des autres acteurs participant à l'acte).

Une application pourra proposer ces différents modèles à adapter aux besoins en fonction de la nature des informations partagées.

Les dispositifs médicaux communicants

L'utilisation des dispositifs médicaux est régie par l'ordonnance 2010-250 du 11 mars 2010 (transposition en droit français de la directive 2007/47/CE du Parlement européen), qui précise que l' « On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à

être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques ».

Tout dispositif médical mis sur le marché en France doit être certifié conforme aux exigences essentielles et revêtu du marquage CE ; la responsabilité de l'apposition de ce marquage revenant au fabricant, à l'importateur ou au responsable de la mise sur le marché (Code de la santé publique, articles R.5211-12 à 5211-16 et R.5221-10 à R.5221-12).

En matière de dispositifs médicaux communicants, deux principaux types de solutions peuvent être distingués :

- Les dispositifs médicaux implantables actifs
 - Exemple : défibrillateurs cardiaques implantables (DCI).
- Les dispositifs médicaux non implantés :
 - A saisie manuelle : terminal à écran tactile mis en place au domicile du patient ou accès par interface web (PC, tablette, smartphone, ...).
 - ▣ Exemple : télésurveillance des patients insuffisants cardiaques à domicile, carnet électronique glycémique, ... ;
 - A partir de capteurs ou d'appareils biomédicaux
Exemple : générateur de dialyse, dispositif pour l'insuffisance respiratoire.

Dans le cas de la télésurveillance médicale, un tiers technique assure un rôle d'intermédiaire entre le patient et le professionnel médical en charge de l'interprétation des données nécessaires au suivi médical de ce dernier. Ce tiers concentre, agrège et traduit en documents médicaux les mesures (pression, pouls, température, glycémie...), signaux (stétho, ECG, EEG, EMG...) et autres types de données en provenance des différents dispositifs médicaux utilisés par le patient.

Les fournisseurs de DM ou DMI sont responsables de la production de données qu'ils livrent dans le cadre d'un contrat d'interface au tiers technique.

Le personnel médical est responsable de l'acte de télésurveillance s'appuyant sur une Interface Homme Machine métier (IHM) mise à disposition par le tiers technique à son intention.

Le modèle suivant est un modèle prospectif illustrant l'intégration de plusieurs DM ou DMI. Actuellement, l'urbanisation en œuvre dans le cadre du suivi des défibrillateurs fait tenir le rôle du tiers technique au fournisseur de DMI. Cela conduit le professionnel médical à utiliser des IHM différentes selon la marque de DMI.

Le schéma proposé ici considère que chaque fournisseur de DM / DMI est responsable de la collecte des données auprès du patient, de leur transport et de leur hébergement. Ceci permet de respecter les standards de chaque fabricant de DM / DMI et ses besoins de mutualisation industrielle. Ceux-ci doivent se conformer aux conditions d'hébergement des données de santé à caractère personnel si l'appariement entre l'identifiant du DM et son porteur est géré dans le système. Les données sont mises à disposition par chaque fabricant de DM / DMI (web services) aux porteurs de projet. Ce principe respecte l'impératif de pouvoir prescrire des DM / DMI différents au sein d'un même projet.

Le tiers technique du projet agrège les données de l'ensemble des patients concernés en provenance de l'ensemble des fournisseurs de DM / DMI. La réconciliation entre chaque DM / DMI et l'identité du patient peut se faire à ce niveau. Les PS disposent d'une interface unique intégrant l'ensemble des données de leurs patients, et ce conformément au cadre d'interopérabilité en vigueur en France.

Le composant de messagerie

Deux types de composants de messagerie peuvent être utilisés :

- Une **messagerie dite « applicative »** qui pourra être portée par une application particulière utilisée dans le cadre de l'acte de télémedecine ou intégrée au composant de gestion de la zone de travail dédiée à l'acte de télémedecine
- La **messagerie sécurisée de santé (MSS)** utilisable à la fois pour la production de l'acte de télémedecine comme pour l'échange de documents utiles à la coordination. Un dispositif national sécurisé est en cours de réalisation par l'ASIP Santé.

Les règles générales techniques pour un projet de télémedecine

Dans le respect du décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 et conformément au cadre national d'interopérabilité des SIS, les projets de télémedecine mis en œuvre au sein des régions doivent respecter les exigences suivantes :

- Utilisation de l'INS comme numéro d'identifiant patient unique commun aux différentes parties (lors du partage / échange de données médicales)
- Profils d'intégration IHE-XDS et IHE-XDM pour le partage et l'échange de documents médicaux
- Format CDA niveau 1 *a minima* pour l'ensemble des documents partagés
- Format DICOM pour les images fixes et dynamiques hors temps réel et images illustratives.

Les autres normes et standards applicables seront à spécifier au cas par cas, selon les actes et cas d'usages concernés.

En termes de sécurité, les projets mis en œuvre devront garantir :

- **L'authentification** des acteurs participant à l'acte de télémedecine :
 - Identification sans ambiguïté du patient concerné :
 - ▣ Par exemple, lors de réunions de concertation pluri professionnelles (téléexpertise) traitant successivement de plusieurs cas ;
 - Définition des droits respectifs des acteurs parties prenantes
 - Authentification des acteurs afin de s'assurer que seuls ceux disposant des droits nécessaires prennent part à l'acte.

Nota : au sein de chaque projet, l'analyse initiale des besoins de sécurité permettra de définir les dispositifs requis. Par exemple :

- *Pour certains actes de téléexpertise (réunions de concertation pluri professionnelles) : moyens de sécurité physique (limitation des accès à la salle de visioconférence).*

L'information du patient et le **recueil de son consentement** selon les modalités tenant compte de la présence ou non du patient lors de l'acte. Ces modalités dépassant le cadre technique mais les éléments important à prendre en compte sont les suivants :

- **Consentement aux soins** :

- ☐ Celui-ci doit être recueilli dans le respect des dispositions de l'article L1111-2 et L1111-4 du CSP. Il n'est pas exigé d'être écrit dans le décret du 19 octobre 2010.
- ☐ Accord du patient à l'utilisation du dispositif de télémedecine et des protocoles de coopération éventuellement associés
- o **Partage et échange de données médicales entre professionnels de santé qui participent à une activité de télémedecine :**
 - ☐ Quel que soit le support de communication, il n'est pas imposé le recueil du consentement exprès du patient, la personne dûment informée dispose d'un droit d'opposition ;
 - ☐ En cas d'hébergement des données de santé auprès d'un tiers, le consentement exprès de la personne peut être exprimé par voie électronique.

La **confidentialité et l'intégrité** des données **échangées** et le cas échéant hébergées dans le cadre de l'acte de télémedecine :

- o Données échangées – Sécurisation du transport : respect du cadre juridique, appui sur les bonnes pratiques et le cadre d'interopérabilité des SIS (authentification TLS et chiffrement du canal ou mobilisation de la messagerie sécurisée santé)
- p Données hébergées – Sécurisation de l'hébergement : recours à des hébergeurs de données de santé **disposant obligatoirement de l'agrément ministériel.**

La **traçabilité** des actions réalisées et des acteurs mobilisés au titre de l'acte :

- o Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine prévoit que soient inscrits dans le dossier du patient « *Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine ; 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* » (Art. R. 6316-4)

L'introduction d'actes de médecine à distance s'appuyant sur les technologies de l'information ne doit **pas remettre en question la traçabilité** requise dans les actes médicaux réalisés en présentiel. En substance, la récente jurisprudence du Tribunal administratif de Grenoble rappelle que la documentation et la traçabilité des actes constituent l'un des principaux fondements de l'appréciation de la responsabilité des différents opérateurs en cas de survenance d'un incident.

- o D'un point de vue « SI / technique », chaque acteur utilise donc son logiciel métier pour documenter l'acte de télémedecine :

- ☐ Récupération de l'identité du patient
- ☐ Prescription
- ☐ Compte-rendu de l'acte ;
- ☐ Traçabilité de l'acte (information du patient, participants, date, ...) ;
- ☐ Le cas échéant : consultation et alimentation du DMP.

Les responsables de projets de mise en œuvre d'activités de télémedecine sont fortement incités à **mener systématiquement une analyse initiale des risques (de type EBIOS⁸)**, afin d'identifier ceux spécifiques à l'acte et non couverts par les bonnes pratiques. Ils pourront pour ce faire s'appuyer sur :

- La PGSSI-S (Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé), en cours d'élaboration par l'ASIP Santé à la demande du ministère
- Les **outils méthodologiques** mis à disposition par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) sur son site Internet : <http://www.ssi.gouv.fr/fr/bonnes-pratiques/outils-methodologiques/>
 - Méthode EBIOS 2010, base de connaissance et études de cas associées ;
 - Logiciel EBIOS 2010, permettant d'accompagner le porteur de projet dans son analyse de risque initiale.

Ces documents pourront aider les responsables de projets à :

- Structurer les démarches sécurité à appliquer aux projets de mise en œuvre d'activités de télémédecine dans leurs territoires respectifs
- Définir les dispositions et moyens de sécurité requis.

5 RECOMMANDATIONS CLÉS POUR RÉUSSIR LE DÉPLOIEMENT DU VOLET « TECHNIQUE » DES PROJETS DE TÉLÉMÉDECINE ...

- 1) Favoriser la mise en œuvre d'une infrastructure globale et cohérente**
- 2) Procéder à une analyse des risques SSI susceptibles d'impacter le déroulement de l'acte**
- 3) Mettre en place un pilotage global du dispositif technique**
- 4) Assurer une formation, un support et un accompagnement adaptés**
- 5) Mettre en place un cadre conventionnel en correspondance avec les contrats de prestation des tiers technologiques**

ENTRETIEN AVEC LAURENT ROCHETTE DU SYNDICAT MIXTE OUVERT YVELINES NUMÉRIQUES

En application à notre sujet à savoir la future MSP, j'ai rencontré Mr Laurent ROCHETTE lors d'un entretien, directeur du syndicat mixte ouvert Yvelines Numérique, qui est retranscrit ci-dessous :

Leur rôle est de développer des services et numériques très hauts débits pour les collectivités. Pour la partie santé, il y a le GCS, ils s'occupent de l'éducation. Pour que ces services fonctionnent, ils faut des infrastructures nécessaires.

Au niveau des supports de fibre, il y a deux types d'offres, dans notre cas, il existe la FTTH fibre optique plus pour les particuliers et de la FTTH pro et la FTTO plus intéressante pour les entreprises. La FTTH pro, cela ressemble à de la FTTH pour particuliers, le débit de la fibre reste divisé entre un nombre d'utilisateurs importants. C'est les opérateurs FAI classiques qui s'occupent d'offrir ce service.

Pour le FTTO, il y a des garanties de services bien plus importantes. La bande passante est quasi-dédiée.

Au niveau tarifs, le FTTO est forcément sensiblement plus cher que la FTTH pro, on est à 80-150 euros par mois pour du FTTH pro et de quelques centaines d'euros par mois à beaucoup plus en fonction du contrat souscrit. Le délai d'intervention peut-être de 4h en cas de rupture de service pour du FTTO comparé à plusieurs jours pour du FTTH classique.

Sur le département, nous faisons en sorte que les offres de FTTO existent, nous ne les déployons pas nous-même et les zones denses comme les Mureaux au niveau FTTH sont confiées aux opérateurs privés. Sur ces communes, nous ne pouvons que pousser les opérateurs à fournir une offre convenable.

Depuis **2004**, ce qui est assez rare, le département a lui-même lancé la construction et le déploiement d'un réseau FTTO. Les deux types de réseau se construisent séparément. L'avantage du réseau FTTO est que nous sommes les aménageurs. On confond souvent le rôle de celui qui pose l'infrastructure et celui qui exploite l'infrastructure, notamment car par exemple Orange et SFR construisent eux-mêmes et exploitent leur propre réseau FTTH.

L'offre FTTO se déploie beaucoup moins vite, les investissements sont plus lourds pour les opérateurs, le **client peut choisir librement son FAI** donc c'est un avantage non négligeable d'avoir un réseau public, neutre et non discriminatoire. Si la MSP souscrit une offre chez Orange par exemple, elle est obligée d'utiliser le réseau orange, elle se lie au FAI et ne peut pas en sortir sauf amener un autre réseau de fibre optique d'un concurrent. Le client peut donc bien mieux maîtriser l'évolution de ses choix en matière de choix pour l'accès à Internet. Ce réseau de FTTO est présent au niveau de toutes les Zones d'Activité et pour le reste, il faut regarder dans quels cadre nous pouvons raccorder la Rue Aristide Briand par rapport au réseau présent déjà existant aux Mureaux. Nous raccordons déjà collèges et lycées aux Mureaux, le commissariat etc...

Les **coûts** pour la MSP sont les frais d'accès au service facturés par l'opérateur de détail auquel il faut rajouter l'abonnement en fonction du niveau de service requis.

Nous n'avons pas d'autres demandes en cours pour des raccordement de MSP ou d'autres structures médicales malgré le fait que nous pensons que le secteur de la Santé a besoin de débit pour l'avenir, il faut forcément de la fibre optique et notamment un réseau FTTO, plus adapté pour nous qu'un réseau FTTH classique ou une MSP est considéré comme un "particulier". Pour être raccordés **il faut s'adresser à Yvelines Numérique.**

La contractualisation

Les différents outils pour la contractualisation en télémédecine. Aux termes de l'article R6316-6 du CSP⁶², l'activité de télémédecine et son organisation doivent faire l'objet :

- soit d'un programme national
- soit d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou dans l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CAQCS)
- soit d'un contrat particulier, conclu entre le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à l'activité de télémédecine

Il est préconisé de n'élaborer qu'un seul contrat par activité de télémédecine. Cette formule présente de nombreux avantages :

- Ouvrir l'ensemble des configurations possibles d'organisation des activités de télémédecine
- Eviter de conclure un contrat avec chacun des acteurs aux statuts juridiques divers et ainsi alléger la charge de gestion pour les ARS comme pour les professionnels concernés;

⁶² Legifrance, Code de la santé publique - Article R6316-6.

- Favoriser la formulation d'un projet médical commun à l'ensemble des parties prenantes en référence aux Orientations du PRT;
- Contourner le caractère bilatéral des autres supports contractuels (notamment les CPOM);
- S'assurer de la cohérence des engagements pris par les parties prenantes concernant le projet médical et l'organisation afférente mis en place ;
- Assurer une souplesse dans la gestion des calendriers, le contrat de télémédecine pouvant en effet être élaboré à tout moment indépendamment des calendriers relatifs à la négociation des autres contrats et notamment des CPOM.

Ce contrat unique est signé par le directeur de l'ARS et chaque acteur impliqué dans l'activité de télémédecine : le représentant légal des établissements de santé et médico-sociaux ou des autres organismes impliqués ; chaque professionnel libéral impliqué. A noter que les contrats sont signés par les responsables de l'organisation de l'activité de télémédecine et non par les prestataires de services techniques et informatiques. Ces derniers sont liés au projet via des contrats de prestations distincts.

Tout projet de télémédecine doit faire l'objet d'un contrat dès lors qu'il devient une activité effective (prise en charge de patients). Ce principe, s'applique même dans la phase expérimentale pendant laquelle le volume d'activité peut être réduit. Des contrats pourront donc être conclus entre l'ARS et de nouveaux acteurs au fil de l'eau. Les préconisations formulées ci - dessous pourront s'appliquer durant toute la durée du PRS.

Le cadrage régional (étape n°1)

Les acteurs de télémédecine ne disposent pas actuellement d'une réelle visibilité sur la contractualisation (objectif et modalités de réalisation). Par ailleurs tous les projets ne sont pas nécessairement connus de l'ARS. Il sera donc opportun d'organiser une information à destination des instances de représentations des établissements (fédérations des établissements sanitaires et médico-sociaux) et des professionnels libéraux (URPS). Des réunions d'information pourraient être organisées afin de favoriser l'appropriation des objectifs de la contractualisation, sa méthodologie et plus généralement les cadres juridique et technique de la télémédecine

Identifier un «coordonnateur» qui négocie le contrat avec l'ARS et pilote la rédaction de la convention (étape n°2)

Les activités de télémédecine peuvent réunir un nombre important d'acteurs qu'il sera difficile de réunir tous dans le cadre de la négociation avec l'ARS. Afin de faciliter la démarche de contractualisation, la négociation du contrat avec l'ARS est donc réalisée lorsque cela est possible par un interlocuteur unique , «chef de file»: le coordonnateur de projet.

Le coordonnateur peut être une structure ou un professionnel de santé libéral. Son identification se fait sur la base du volontariat et au regard des moyens et du temps dont il dispose pour assurer sa mission.

Il est recommandé de ne pas créer de structures juridiques nouvelles (GCS par exemple) pour porter la contractualisation et l'organisation de la nouvelle activité de télémédecine.

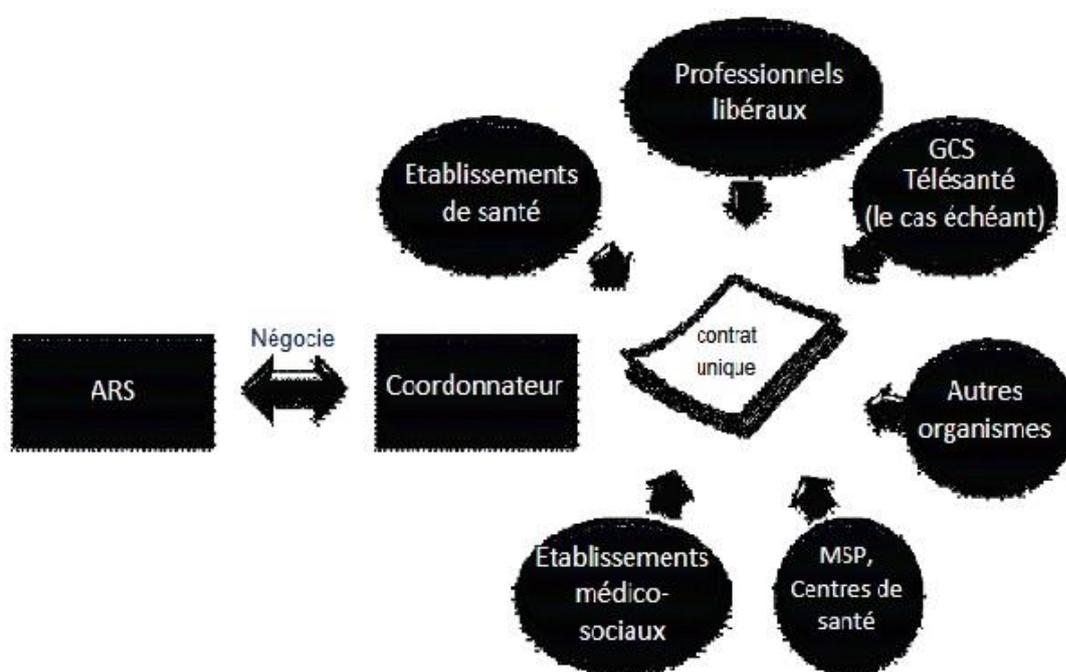
En effet, la charge liée à la gouvernance d'une telle structure pourrait s'avérer disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi. Le système de conventionnement entre les acteurs peut s'avérer suffisant. Le recours au GCS devrait se limiter au portage des projets de grande ampleur nécessitant la mise en commun de moyens dans le cadre de l'organisation cible (exemple : permanence des soins en radiologie ou prise en charge de l'AVC dans le cadre d'une organisation régionale). Dans tous les cas il conviendra de s'interroger sur le support juridique le plus adapté.

La structure constituée en vue du déploiement des systèmes d'information en région (GCS «télésanté») peut être impliquée dans la négociation en tant que partenaire. Son objet étant toutefois principalement dédié au développement des infrastructures techniques, elle n'a pas a priori vocation à porter les projets dans leur ensemble.

Pendant la durée des négociations du contrat de télémédecine, le rôle du coordonnateur de projet, auprès de l'ARS, est de :

- Représenter l'ensemble des acteurs
- Coordonner les besoins des acteurs
- Etre le relais d'information entre l'ARS et les acteurs

Par ailleurs, le coordonnateur peut jouer le rôle de pilote du conventionnement en mobilisant l'ensemble des acteurs et en animant la rédaction de la (des) convention(s). Le rôle du coordonnateur peut également être étendu au pilotage du déploiement de l'activité de télémédecine : il assure le suivi du contrat (suivi des indicateurs, évolutions des parties prenantes...) et rend compte à l'ARS du déploiement de l'activité sur les territoires.



Elaboration du contrat (étape n°3)

Il est proposé de demander aux acteurs de l'activité de télémédecine d'élaborer eux-mêmes le projet de contrat sur la base des éléments de cadrage qui leur seront fournis par l'ARS. Cette procédure présente plusieurs avantages : homogénéiser les documents produits en centrant les échanges sur le contrat – type ; responsabiliser les acteurs ; alléger la charge de travail des équipes de l'ARS.

Afin que l'ARS puisse expertiser les activités qui feront l'objet de la contractualisation, le projet de contrat devra comporter au minimum les éléments suivants :

- La description de l'organisation mise en place
- Les modalités d'inscription dans le PRS et notamment le PRT
- Les modalités de mise en œuvre de l'activité dans le respect des exigences fixées par le décret du 19 octobre 2010

- Les modalités de suivi et d'évaluation de l'activité

Le contrat type proposé en annexe permet la prise en compte de ces différents points. Les ARS pourront toutefois demander des compléments d'information si cela s'avère nécessaire.

La préparation de ce projet de contrat nécessite que les acteurs de télémédecine s'organisent entre eux pour rassembler l'ensemble des éléments et présenter une démarche commune. C'est pourquoi il est recommandé d'identifier le coordonnateur de projet en amont de cette étape d'élaboration du projet de contrat.

Négocier et signer le contrat (étape n°4)

La négociation et la rédaction du document final sont réalisées par l'ARS et le coordonnateur, sur la base du projet de contrat fourni dans le cadre de l'étape n°3.

Cette étape peut être menée en deux temps :

Vérification des prérequis relatifs à l'organisation de l'activité de télémédecine

L'analyse de l'activité par l'ARS peut être conduite en référence aux éléments figurant dans l'annexe 3 du présent contrat.

Trois critères peuvent notamment faire l'objet d'une vérification sur la base du contenu du décret du 19 octobre 2010 :

1. L'activité relève de la télémédecine, au sens des actes visés dans le décret ;
2. L'organisation proposée répond aux prescriptions du programme relatif au développement de la télémédecine (PRT).

Celui-ci détermine les objectifs qualitatifs, quantitatifs et les modalités de fonctionnement dans les quels doivent s'inscrire les projets et les activités de télémédecine. L'analyse de ce critère dépendra du degré de précision du cadrage figurant dans le PRT .

3. L'activité est conforme à l'ensemble des conditions d'exercice décrites dans le décret du 19 octobre 2010.

A titre exceptionnel, si l'une de ces conditions n'est manifestement pas remplie, l'ARS peut choisir de ne pas signer le contrat. Cette décision doit néanmoins être motivée en référence au contenu du décret.

Discussion sur le projet de contrat et rédaction de la version finale

Les principaux points de la négociation peuvent porter sur les éléments suivants :

- Modalités d'insertion du projet dans le PRT
- Modalités d'organisation de l'activité et mise en conformité avec les prescriptions du décret du 19 octobre
- Perspectives de déploiement des usages : choix des indicateurs et fixation des cibles d'activité
- Définition des principales étapes du déploiement de l'activité et repérage des points critiques pour le déploiement.

Signature du contrat

Le contrat est en principe signé par l'ensemble des acteurs. Il s'agit des représentants légaux des structures parties à l'activité de télémédecine et des professionnels libéraux concernés. S'agissant des établissements de santé, un avis préalable du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement peut être sollicité sans que cela revête un caractère réglementaire.

A titre exceptionnel, le coordonnateur peut être le seul signataire. Cette solution peut être retenue lorsqu'il existe un très grand nombre d'acteurs et à condition que le coordonnateur dispose d'un mandat explicite de la part de l'ensemble des parties au contrat

Suivre et évaluer le contrat

Il est préconisé d'organiser des revues régulières du contrat afin de

- mesurer le déploiement des usages, au travers des indicateurs de volumétrie notamment
- suivre l'utilisation des fonds mis à disposition par l'ARS
- S'assurer de la conformité du dispositif en place avec le décret du 19 octobre 2010.

Les modalités de suivi de l'activité doivent être précisées dans le contrat. Une fréquence annuelle est recommandée pour ces revues, qui peuvent être effectuées sur pièce (exemple : rapport annuel d'activité) ou dans le cadre d'une réunion dédiée. Le rapport annuel comprend en priorité des informations relatives aux indicateurs d'activité.

Les ARS peuvent en réaliser une synthèse à l'échelon régional permettant de faire un état des lieux régulier avec les fédérations et organismes représentatifs du déploiement de la télémédecine dans les territoires.

Elaborer la convention

La convention étant une déclinaison opérationnelle du contrat, il est recommandé de prévoir son élaboration une fois le contrat signé. Celle-ci peut néanmoins préexister lorsqu'elle constitue la formalisation du projet médical élaboré par les acteurs en amont du contrat.

Préalablement, les acteurs se réuniront pour :

- déterminer, en fonction de la complexité de l'activité, l'organisation de la (des) convention(s)
- le cas échéant mandater le coordonnateur comme pilote de la rédaction de la (des) convention(s)

L'élaboration de la convention est placée sous la responsabilité des acteurs eux-mêmes et ne requiert pas l'intervention de l'ARS. En revanche une transmission des documents à l'ARS peut être souhaitable afin d'apporter les précisions nécessaires sur les modalités de déclinaison du contrat.

Il est à noter que le tiers technologique n'est pas partie à la convention de télémédecine. En effet, la relation avec celui-ci relève d'un contrat de prestation de service ou de fourniture de matériel.

Une description du dispositif technique ainsi que des garanties en termes de sécurité et de qualité des soins est néanmoins préconisée.

Pour la structuration de la convention, quand l'organisation de l'activité est simple, il est recommandé de signer une convention unique entre l'ensemble des acteurs de l'activité. Celle-ci traitera à la fois des aspects organisationnels médicaux et techniques. Cette configuration présente l'avantage de conserver un modèle d'organisation identique entre la contractualisation et le conventionnement.

Dans ce cas, le rôle du coordonnateur mandaté dans le contrat de télémédecine, est d'organiser les négociations entre les différents acteurs et de piloter la rédaction puis la signature de la convention entre les parties prenantes.

Lorsque la structure de l'activité et des acteurs impliqués est complexe, il peut être utile de rédiger deux conventions distinctes :

- Une première portant sur l'organisation des soins entre les acteurs «métier».

- Une seconde portant sur l'organisation « technique » des soins le cas échéant avec le GCS télésanté.

En effet, la convention technique peut ne pas impliquer les mêmes acteurs que la première. Elle peut également être réalisée dans le cadre d'un dispositif dépassant le cadre de la télémédecine (par exemple, un PACS régional peut être déployé comme une infrastructure commune et être utilisé par différentes activités de télémédecine).

Les conventions de télémédecine doivent s'articuler avec les conventions préexistantes, et notamment les conventions constitutives des structures de coopérations (GCS, GIE, GIP...), lorsqu'elles sont parties prenantes de l'activité. Deux configurations sont à envisager :

- Existence d'une structure de coopération dédiée à l'activité de télémédecine et représentant l'ensemble des acteurs impliqués (c'est-à-dire que le périmètre de la structure de coopération est équivalent au périmètre de l'activité de télémédecine) : dans ce cas, la convention constitutive de la structure de coopération correspond à la convention de télémédecine. Elle peut être complétée si nécessaire d'une convention spécifique sur les aspects techniques;
- Existence d'une structure de coopération représentant une partie des acteurs de l'activité (par exemple la maîtrise d'ouvrage régionale) : dans ce cas, l'activité de télémédecine doit faire l'objet d'une ou deux conventions dédiées, dissociées de la convention constitutive de la structure de coopération.

La formation des professionnels de santé à la télémédecine⁶³

Malgré un grand nombre d'initiative et la mobilisation de moyens souvent significatifs, les réussites sont moins nombreuses que les échecs et les projets exemplaires et/ou généralisés restent rares.

Les progrès technologiques se développant beaucoup plus rapidement que les usages ou les habitudes des acteurs, les décalages induits mènent à un sentiment de méfiance et une faible appropriation des potentialités de ces technologies.

Depuis peu une inflexion assez nette se dessine, aussi bien au sein des pouvoirs publics que des acteurs « de terrain », pour s'engager de façon plus active, plus ambitieuse, mieux coordonnée dans le développement des TIC en Santé.

Afin de répondre à ces défis, les porteurs de projets de télémédecine et de e-santé doivent comprendre et maîtriser les différents risques et facettes d'un projet et disposer des clefs et outils pour le mener à terme.

Dans ce cadre, le Diplôme Inter Universitaire (D.I.U) de télémédecine ⁶⁴ :

« Une approche globale de la télémédecine » vient d'être créé en France.

Cinq Universités sont partenaires de ce Diplôme : Besançon, Bordeaux, Lille, Montpellier et Nantes.

Les inscriptions sont ouvertes, le premier module démarrera en Novembre 2016.

⁶³ Silver Economie, « Télém'EHPAD : un programme de formation en télémédecine pour les professionnels des EHPAD 23/02/2015 ».

⁶⁴ Telemedecine 360, « Le premier DIU de Télémédecine en France débute le 25 Novembre ».

L'objectif des D.I.U est d'apporter aux étudiants 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. Une approche globale et transversale est privilégiée. Elle s'appuie sur des cas pratiques et une simulation en « laboratoire » de télémédecine.

Les participants seront, à la fin de leur formation, aptes à définir, piloter et évaluer leur projet de télémédecine.

Comme déclaré dans la stratégie nationale E-Santé 2010, en France, la formation des médecins aux technologies numériques doit prendre une place accrue et contribuer ainsi à lever les freins au dynamisme de l'e-santé. L'informatique clinique est devenue une spécialité médicale aux États-Unis, au même titre que la cardiologie ou la pneumologie. Les médecins ainsi formés participent largement au développement et au déploiement des outils de l'e-santé, ce qui favorise aussi leur adoption par leurs confrères.

La puissance publique travaillera en lien étroit avec les facultés de médecine et les médecins afin de renforcer la formation initiale et l'offre de formations continues en matière d'informatique médicale.

Nom	Organisme	Prix	Reconnaissance	Lien
Diplôme Universitaire : Une approche globale de la télémédecine	Université de Bordeaux / Association Agir pour la Télémédecine	900 € (individuel) 1800€ (formation continue) + 185 € Université	Oui / OGDPC	https://telemedecine.sante-aquitaine.fr/sites/telea.drupal7.aquisante.priv/files/aplt_d_u_telemedecine_fascicule.pdf
Diplôme Universitaire de télémédecine : D'une approche théorique à un espace pédagogique collaboratif	Université de Montpellier Nîmes	360 € (individuel) / 734 ou 1434 € (formation continue)	Oui / DU	http://du.med.univ-montpl1.fr/fmc/du-telemedecine-179.html http://www.desmarais-avocats.fr/blog/wp-content/uploads/2014/11/DU_telemedecine_Programme-2014-2015.pdf
Licence professionnelle Systèmes et Composants en Télémédecine (SCT)	Université Paris Est Créteil	Inscription Universitaire	Oui / Licence Pro	http://www.u-pec.fr/pratiques/universite/formation/licence-professionnelle-systemes-et-composants-en-telemedecine-sct-642693.kjsp
La télémédecine : un atout stratégique pour répondre à la demande de soins au sein d'un territoire de santé	EHESP	850 €	Oui / OGDPC	http://formation-continue.ehesp.fr/formation/la-telemedecine-un-atout-strategique-pour-repondre-a-la-demande-de-soins-au-sein-dun-territoire-de-sante/
Executive Certificate e-santé et télémédecine	Centrale Supélec	7900 € (H.T)	Oui / RNCP 1	http://www.cf.ecp.fr/index.php?gcmcs_page=formation-ingenierie-de-la-sante&mode=show&stage=executive-certificate--formation-e-sante--telemedecine
UE Télémédecine	GCS E-santé Picardie	A demander	Non	http://www.esante-picardie.com/projets/service-regional-de-telemedecine/
Formation continue Télémédecine	GCS E-santé Picardie	A demander	Non	http://www.esante-picardie.com/projets/service-regional-de-telemedecine/
Les Formations pour les Industriels	SFT ANTEL	2000 € par session	Non	http://www.sft-antel.org/site/pdf/SFT-Antel_Formations_Industriels-2015-16.pdf
Les Formations pour les Professionnels de santé	SFT ANTEL	1800 € par session	Oui / OGDPC	http://www.sft-antel.org/site/pdf/SFT-Antel_Formations_DPC-2015-16.pdf
La garde en téléradiologie	IMALINK Medical	490 € par session	Oui / OGDPC	http://imalinkmedical.wix.com/fr-version#!accompagnement-gestion-de-projet/c13k0
Initiation / Gestion des risques / EPP en téléradiologie	CGTR	A demander	Non	http://www.cgtr.fr/formations/
Télémédecine: Un atout stratégique pour répondre à la demande croissante des soins	Comundi Compétences	2094 €	Non	http://www.comundi.fr/formation/120732/telemedecine.html
Formation Télémédecine	Décision Santé	A demander	Oui / OGDPC	http://www.decisionsante.com/fileadmin/uploads/Programme_Formations/PDF/BD_FORMATION_TELEMEDECINE.pdf
Télémédecine : nouvelles organisations de soins et cadre juridique réglementaire	Aymara Formation	A demander	Non	http://aymara-formations.fr/catalogue-presentiel/soins/telemedecine-nouvelles-organisations-de-soin-et-cadre-juridique-reglementaire/
Tél'M EHPAD	Mutualité Française Puy de Dôme et Ecole Supérieure Montsouris	A demander	Non	http://www.mutualite63.org/tlmehpad-mutualit-franaise-puy-de-dme-a-dmarr-son-programme-de-formation-en-tlmedecine-pour-les-ehpad.html
Programme de formation à la télémédecine	CERITD	A demander	Non	http://www.ceritd.fr/_WEBSITE_MEDIAS/03_04_01_Reunions/Programme_de_Formation_Telemedecine.pdf

Contexte démographique et médical des Mureaux

J'ai remarqué lors de mes quelques années de remplacement que nombreuses sont les consultations où un contact physique n'était pas forcément nécessaires, et ce modèle, qui peut éviter un déplacement physique et une perte de temps, me semble judicieux à adopter dans certains cas pour les patients qui peuvent en justifier et que cela intéresse.

Les expérimentations de télémédecine actuelles sont axées sur les maladies chroniques et certains soins bien particuliers, médecine de pointe, télé-imagerie, soins aux prisonniers.

Je présente ce travail en tant que travail de thèse en qualité d'interne de médecine générale. Les nouvelles technologies ont toujours été au centre de ma vie et intéressé.

La médecine de demain est une médecine innovante, il est temps de bousculer les codes de la médecine libérale traditionnelle actuelle et de réinventer notre modèle de santé. Cela passe également par une réorganisation des soins primaires avec notamment d'autres approches au-delà du schéma actuel de la médecine classique physique.

La dématérialisation touche tous les secteurs, la médecine va connaître un bouleversement numérique dans les années à venir et le processus est en marche depuis quelques années en France.

Les participants au questionnaire ont été sélectionnés par secteur géographique sur la ville des Mureaux car directement impliqués dans le fonctionnement de la futur MSP aux Mureaux.

Ce territoire est constitué principalement d'une population jeune, avec en général un accès à la technologie assez simple. Il présente plusieurs problématiques, la première est le risque de désertification médicale, en effet le nombre de patients par médecin est assez important (plus de 1500) et plusieurs départs à la retraite imminents menacent sérieusement la démographie médicale de cette commune.

La commune des Mureaux, qui appartient à l'[aire urbaine](#) de [Paris](#), et est rattachée à la [communauté urbaine Grand Paris Seine et Oise](#) qui regroupe 73 communes et qui compte plus de 400 000 habitants. Cette nouvelle communauté urbaine du Grand Paris Seine et Oise.



Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est une innovation phare de la loi de modernisation de notre système de santé avec pour objectif d'assurer un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour les patients du territoire de chaque groupement grâce à des stratégies de groupe public associant tous les acteurs.

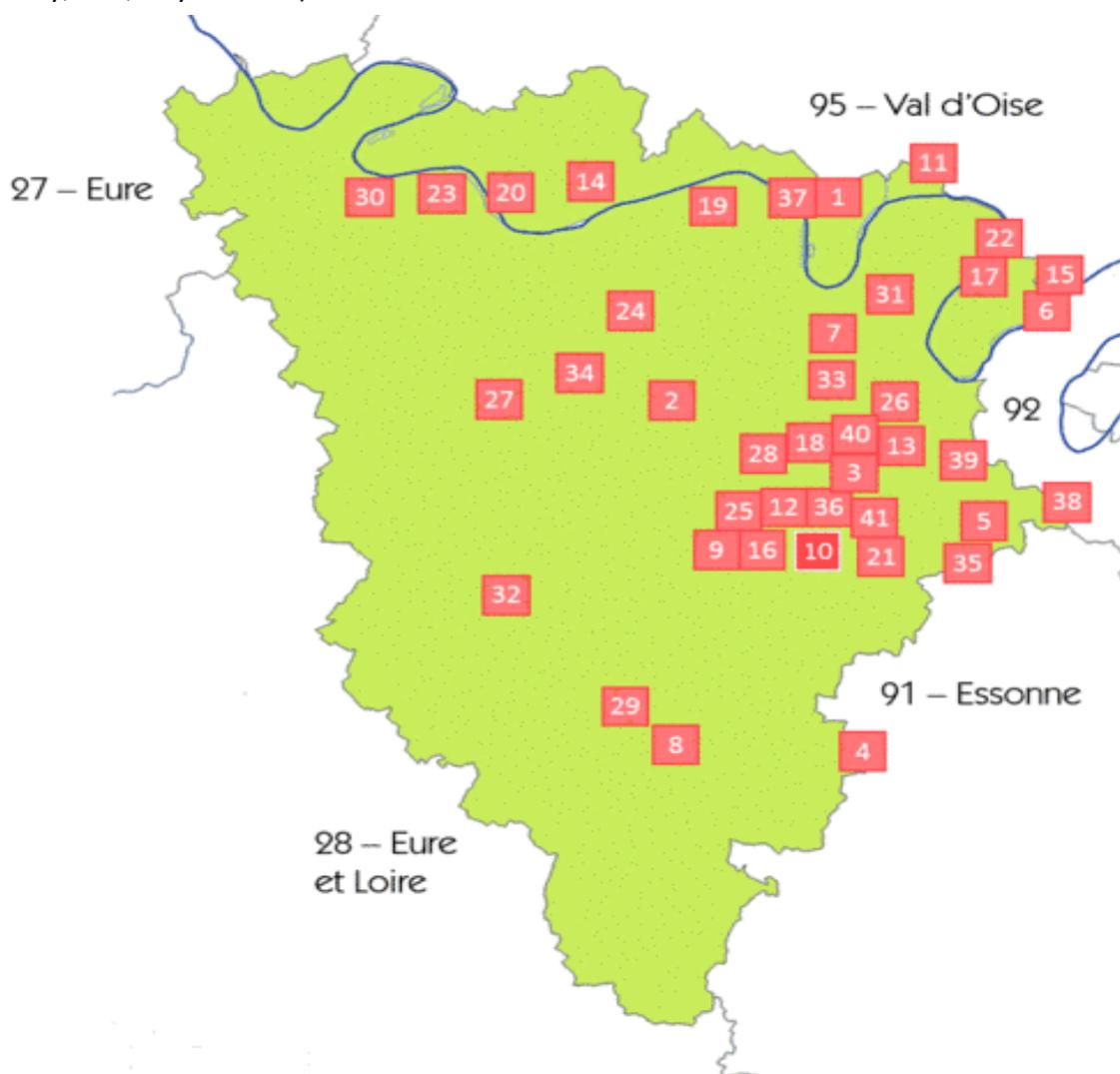
Le GHT des Yvelines Nord comprend **4 hôpitaux et 2 EHPAD** : les hôpitaux de Mantes-la-Jolie, Meulan-Les-Mureaux, Montesson et Poissy-Saint-Germain ainsi que les EHPAD Richard à Conflans-Sainte-Honorine et Les Oiseaux à Sartrouville.

Au niveau privé, il existe également les **cliniques du Montgardé** (Aubergenville) avec des chirurgiens orthopédiques, viscéraux et des spécialistes tels que la pneumologie et la cardiologie, ainsi que la **Clinique Cardiologique d'Evécquemont**, surtout orientée cardiologie et pneumologie.

D'un point de vue local il existe également une **plateforme d'appui odyssee**, permettant la coordination du parcours de santé et l'accompagnement à domicile des patients en situation complexe (maladies graves, poly-pathologies gériatriques, pathologies chroniques, handicap social, physique, psychique etc ...) en situation de perte d'autonomie, quel que soit l'âge, la condition sociale et dès lors que cela est leur choix.

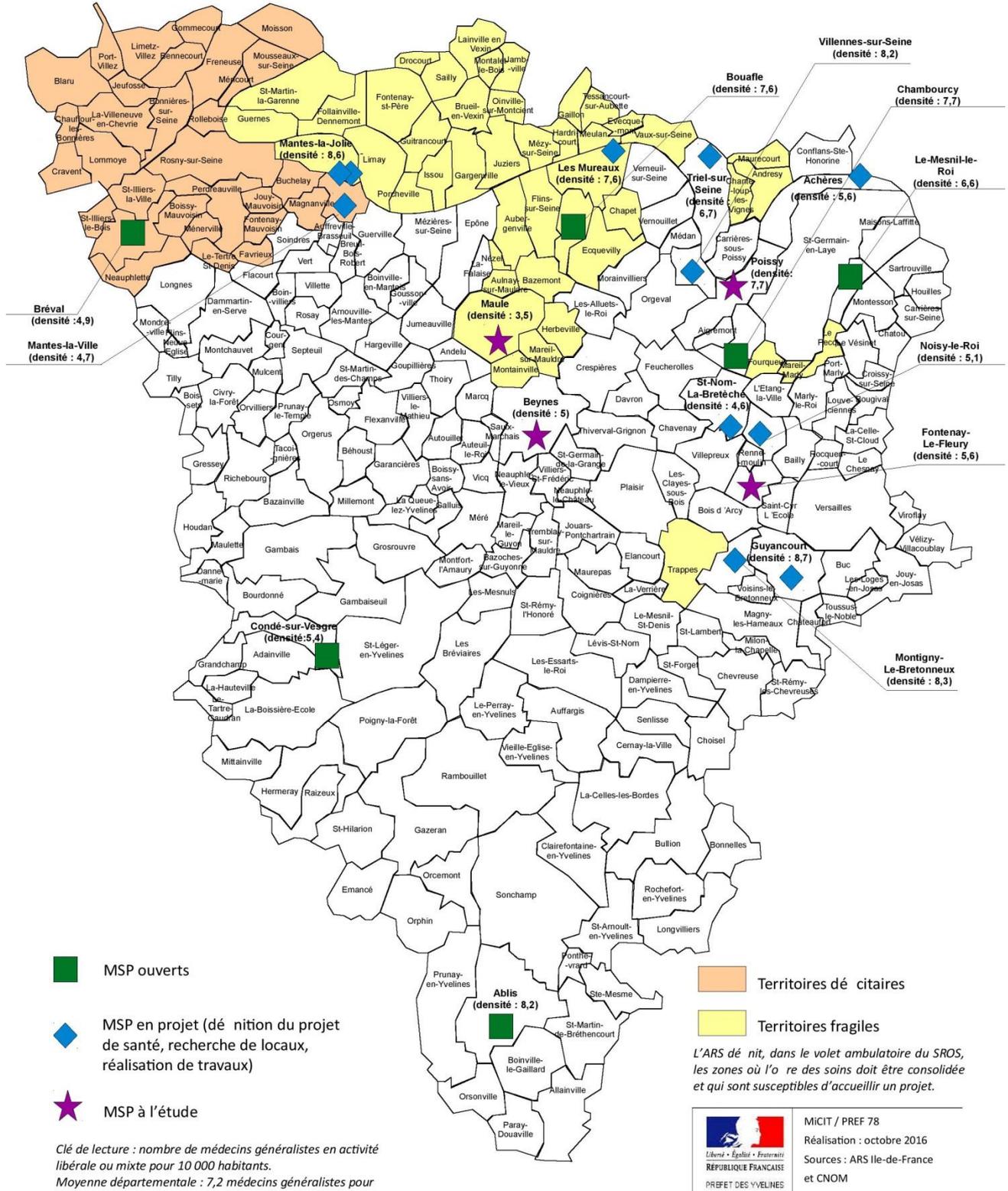
Cette coordination est articulée autour du médecin traitant et en lien avec les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social. L'appui aux professionnels de santé dans la prise en charge du patient en situation complexe. Le médecin traitant reste le prescripteur et l'équipe soignante habituelle continue la prise en charge.

Il existe aussi des Maison de Santé Pluridisciplinaires en activité (Magny en Vexin), en construction (Les Mureaux) ou en projet (Mantes la jolie, Mantas la ville, Meulan, Triel sur seine, Gargenville, Limay, Buc, Beynes etc..)



19 : Future MSP des Mureaux

Les maisons de santé pluriprofessionnelles dans les Yvelines



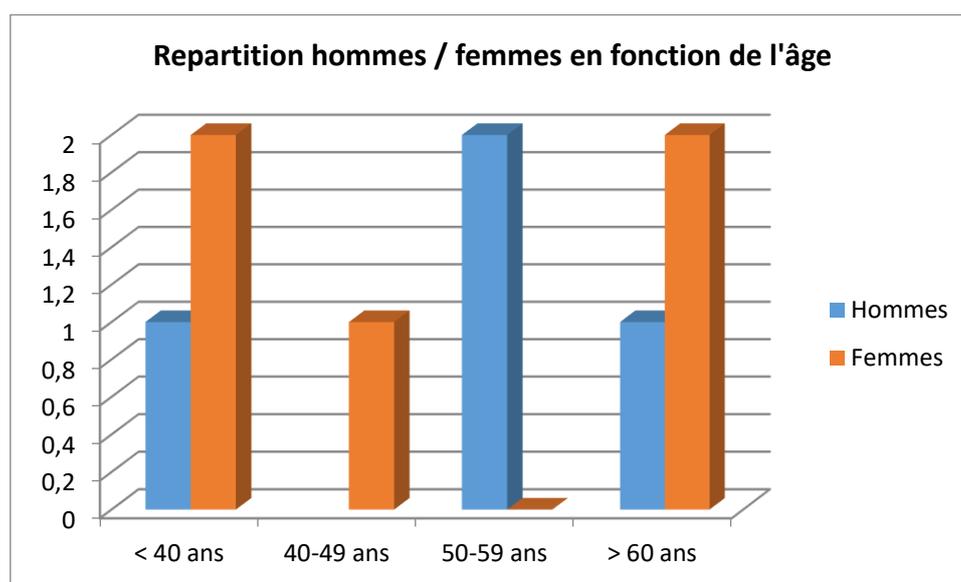
Une nouvelle maison de santé se montant aux Mureaux dans les Yvelines, avec un système de fonctionnement différent des maisons de santé traditionnelles pourrait également proposer également ces services novateurs et ce serait un réel atout pour la population des Mureaux.

Quelles seraient les modalités de la mise en place d'une téléconsultation, téléexpertise ou télé-assistance médicale dans une maison de santé pluridisciplinaire aux Mureaux (78) ?

RESULTATS

1) Caractéristiques de notre population :

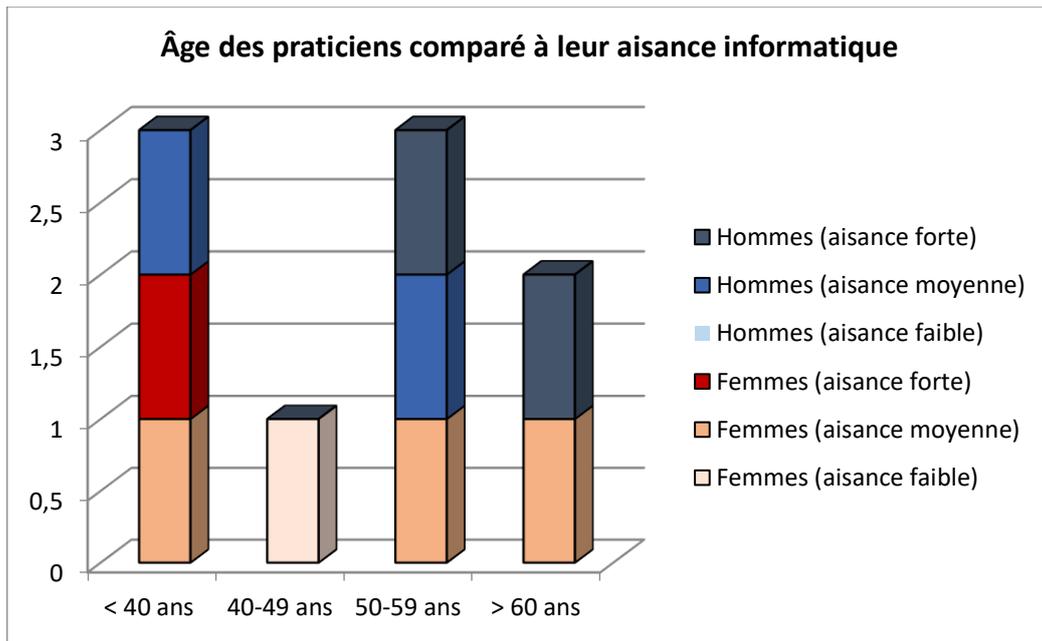
a) Age et sexe



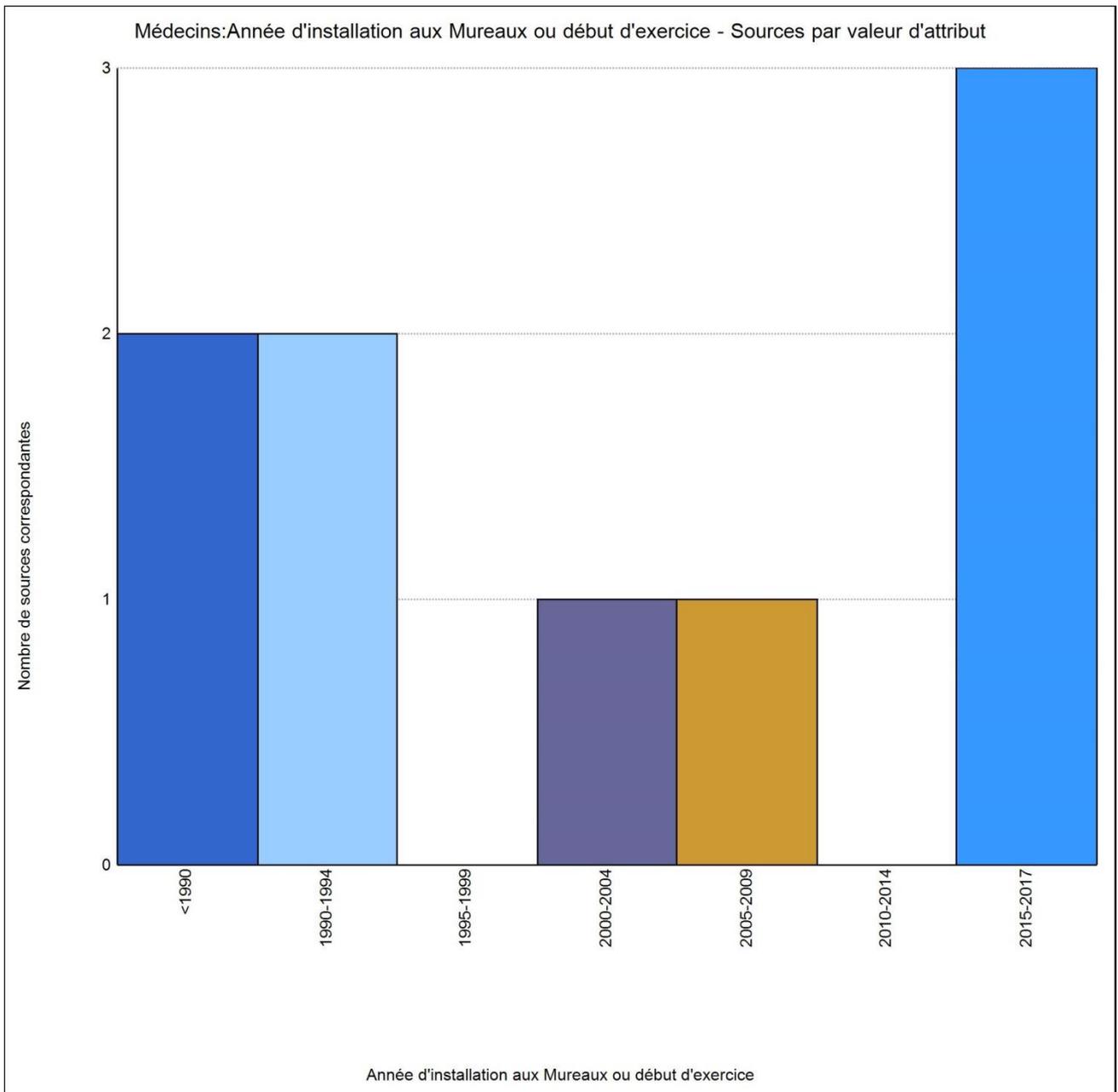
Cinq médecins avaient **plus de 50 ans** dont **deux médecins** avaient **entre 50 ans et 59 ans** et **trois** **avaient plus de 60 ans**. La part des **moins de 40 ans** était représenté par deux médecins remplaçants et une médecin nouvellement installée. Quatre sont des femmes. L'âge moyen des médecins de l'étude est de **47,6 ans** ; celui des **femmes** de **45,4 ans**, celui des **hommes** de **50,2 ans**.

b) L'aisance informatique

Nous avons plutôt une population à l'aise avec l'outil informatique car **8 médecins sur 9** sont au moins à l'aise moyennement avec l'outil informatique et **trois médecins** sont très à l'aise.

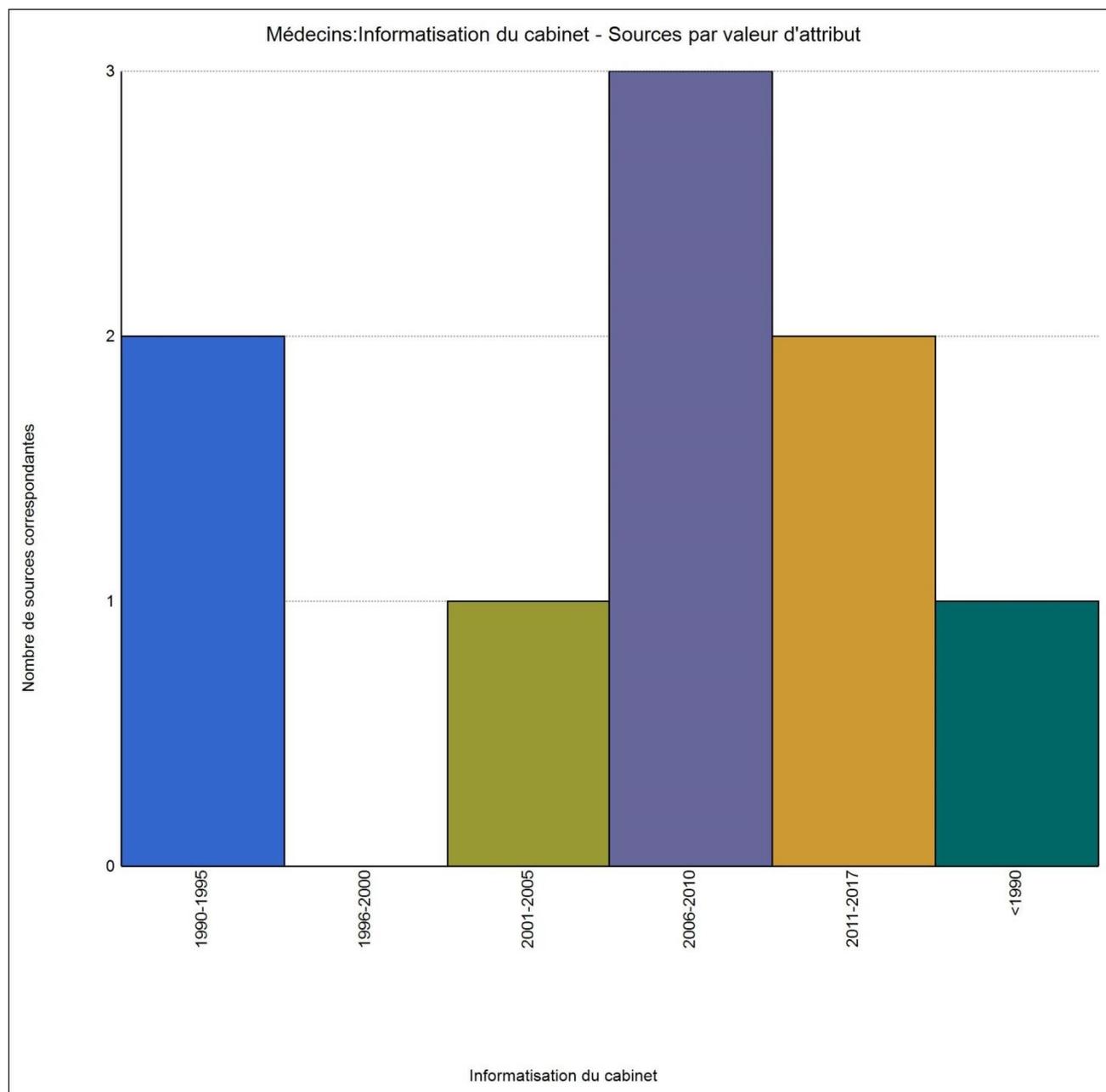


d) Nombre d'années d'installation



Les médecins installés **depuis plus de 20 ans** sont au nombre de **quatre** ; **deux** se sont installés **il y a dix à quinze ans**, et **trois jeunes médecins** renforcent cette équipe depuis 2 ans, deux remplaçants et **une médecin nouvellement installée** en début d'année 2017.

e) Année d'informatisation du cabinet



Les médecins informatisés depuis le début de leur exercice sont sept sur neuf.

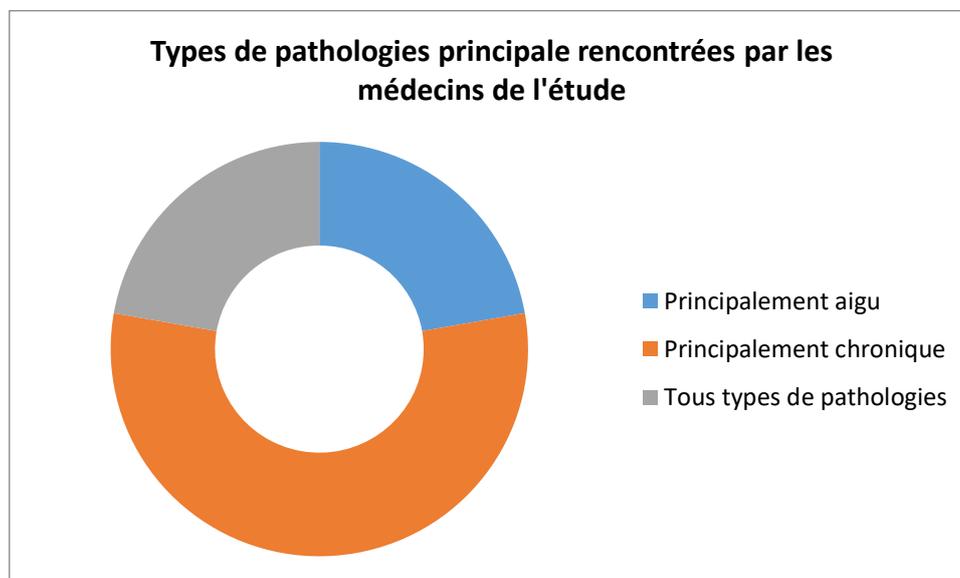
f) Activités annexes

Les médecins qui ont des activités annexes sont 4 sur 9. Un des médecin fait de la maintenance réseau informatique d'un des cabinets médicaux, un médecin est secrétaire générale du collège de la médecine générale, un médecin est enseignant chercheur et un médecin travaille en crèche.

g) Type de pathologies présentées aux Mureaux et âge moyen de la patientèle

La majorité des médecins, qu'ils soient jeunes ou moins jeunes traitent principalement des patients atteints de maladies chroniques. La population locale a une forte composante immigrée d'origine maghrébine et d'Afrique Sub-saharienne (INSEE 1999-2006).⁶⁵

1.

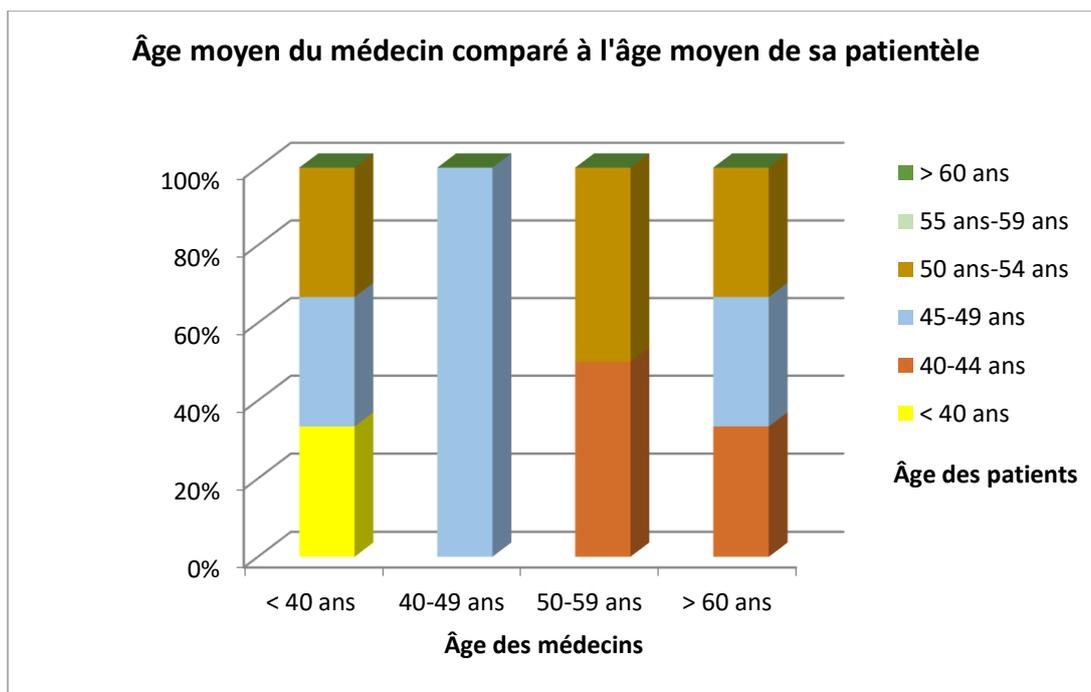


Cependant l'âge moyen de la patientèle, est jeune. La moyenne d'âge globale des patients est située dans la fourchette des **45-49 ans**.

Parmi les médecins, et indépendamment de leur âge, certains ont une patientèle très jeune et font principalement de l'aigu, quand d'autres ne font quasiment que du chronique (gestion sur rendez-vous, ce qui a un effet sélectif sur les patients)

⁶⁵ « Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2006. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004 », Insee Première, 1098, Août 2006.

« M. Tribalat, « Les immigrés au recensement de 1990 et les populations liées à leur installation en France », Population, 6, 1993. TRIBALAT M., « Immigration et concentrations urbaines », in : France : les révolutions invisibles, sous la direction de Daniel Cohen, Calman-lévy, Magnum Photos/Fondation Saint-Simon, Paris, 1998. »



B) Connaissances de l'e-santé par les médecins

1) Télémédecine

Pour la grande majorité des médecins, l'e-santé restait un terme flou.

« Très vaguement entendu parler, c'est assez flou » (homme de plus de 60 ans, installé depuis plus de 20 ans et très à l'aise avec l'informatique)

Plus de la moitié des médecins donnaient une définition erronée de la téléconsultation.

« Je n'ai pas de définition précise sur la téléconsultation, je ne sais pas si cela concerne mes patients ou non, via quel support ? De chez soi ou dans un cadre médical ? » (femme de 40-49 ans, installée depuis 11 ans)

Ils ne savaient pas non plus que la télémédecine a été rendue légale par la loi HPST de 2009 et les décrets en 2010.

Pour la téléconsultation : Les projets de téléconsultation en médecine libérale **étaient inconnus de six médecins sur neuf**, un seul médecin connaissait les projets de téléconsultation en médecine générale, les deux autres de manière vague.

« Non je ne savais pas » (femme de moins de 40 ans, nouvellement installée)

« Oui, je le savais mais de manière vague » (homme de plus de 50 ans, installé depuis plus de 20 ans avec aisance informatique forte)

Le concept était cependant connu de tous. Ils en avaient entendus parler des sites de téléconseil en ligne, mais pas de vraie téléconsultation médicale.

Pour la télé-expertise : **Tous les médecins** connaissaient le principe de la télé-expertise, certains ne maîtrisaient juste pas la définition de celle-ci, d'autres sont assez proches.

« Pour moi, c'est avoir un cas difficile, pas de diagnostic précis, on expose le cas avec données clinico-biologique et radiologique à un organisme et ils m'aident, c'est un genre d'expertise. » (homme de 50-59 ans, aisance informatique moyenne)

Pour la télé-assistance : Le concept était également connu de **tous les médecins**, même si personne n'avait sa définition bien en tête.

Pour la télesurveillance : Via les applications connectées, **sept médecins** connaissaient la t  lesurveillance

2) Leur utilisation des nouvelles technologies et de l'information et communication

Des conseils médicaux par téléphone fixe étaient donnés aux patients par **sept** des médecins. Les médecins n'utilisaient et ne communiquaient leur téléphone professionnel ou personnel qu'avec les professionnels de santé.

« Je n'ai pas de portable professionnel, je n'envoie donc pas de SMS aux patients. Je n'utilise pas non plus de fax, à la pharmacie non plus. Je n'ai pas de messagerie pro non plus. Je pense que s'ils ont mon mail et sms, je n'ai pas envie d'être emb  t  e pour un oui, pour un non. J'aime bien séparer vie privée, vie professionnelle. » (femme jeune de moins de 40 ans, aisance informatique forte, sans peur de la e-santé)

Les nouveaux moyens de communication e-mail, fax ou sms étaient régulièrement utilisés par **sept médecins**.

Des outils simples d'utilisation, rapides et fiables, qui fonctionnent bien, condition sine qua none pour faire de la télémédecine étaient plébiscités par **huit médecins sur neuf**.

« Oui, des outils simples, à la condition que le côté vidéo soit très bon. La photo est plus fiable au niveau qualité pour le moment. » (homme de 50-59 ans, installé depuis plus de 20 ans, aisance informatique forte)

Il y a même **six médecins** qui militaient pour des outils simples, tels que des applications avec données cryptées comme What's App ou même moins tel Skype Pro.

« Je ne pense pas que les plateformes sont une solution car c'est les patients qui décident. Il faut de la fluidité. » (homme de plus de 60 ans, fortement à l'aise informatiquement)

« Je pense que les services publics sont mal placés pour créer ces plateformes, je préfère des outils simples style WhatsApp ou Skype mais en étant surs pour les données. » (jeune médecin nouvellement installée, aisance moyenne informatique)

Au niveau de la télémédecine, toutes composantes confondues (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance), **les neufs médecins** en pratiquaient ou en avait déjà pratiqué, régulièrement par téléphone par exemple au niveau des téléconsultations, des renouvellement d'ordonnance, de la téléexpertise téléphonique avec des confrères, en cardiologie notamment

avec aide pour ECG ou avis dans une situation d'urgence, ou de la télé-assistance via les infirmières libérales.

Au niveau de la téléexpertise : les **neufs médecins** l'ont déjà pratiqué et décrivaient avoir un jour appelé un collègue spécialiste dans son domaine d'expertise et certains le font régulièrement.

Au niveau des téléconsultations : **quatre médecins** pratiquaient assez régulièrement pour deux hommes de plus de 50 ans, ponctuellement pour un homme de plus de 50 ans une femme de plus de 60 ans mais pas en vision conférence, uniquement par téléphone.

Au niveau de la téléassistance : **six médecins** pratiquaient régulièrement pour trois hommes de plus de 50 ans, ponctuellement pour un homme de moins de 40 ans et deux femmes de plus de 50 ans, notamment via les infirmières libérales des Mureaux. Ils utilisaient leur téléphone fixe ou mobile personnel et communiquent la voix via SMS ou appel vocal avec les infirmières et les photos en MMS. Les médecins la pratiquant n'ont pas de téléphone mobile professionnel.

Au niveau de la télésurveillance : **trois médecins**, dont deux hommes de plus de 50 ans et une femme de plus de 60 ans pratiquaient (exemple surveillance d'INR) par téléphone ou par réception de données de surveillance des constantes des patients dont un médecin qui avait participé à un projet de télésurveillance de paramètres biologiques et cliniques (détection chute, glycémie, tension etc...)

3) Le désir de formation et le manque d'information

Les neuf médecins de notre étude pensaient ne pas être assez informés sur la télémédecine et **six** d'entre eux souhaiteraient être formés à cela.

« Pour l'instant il y a un manque de formation, on ne saurait pas quoi traiter en téléconsultation » (jeune médecin nouvellement installée)

C) L'impact de l'e-santé sur le médecin

1) Le contexte d'utilisation de la télémédecine

Aujourd'hui, les médecins interrogés utilisaient de la télémédecine par **manque de disponibilité** pour **sept médecins** et elle était même **subie** et en **augmentation** pour **trois médecins**.

« C'est du temps pris sur ma consultation, elle est subie dans le sens où ce n'est pas un temps dédié à cela, c'est entre deux consultations. Itératif aussi, assez régulièrement. » (femme de 40-49 ans, installée depuis 11 ans)

« Oui, surtout par manque de disponibilité. Je suis parfois amené à faire des ordonnances pour des hypnotiques par exemple sans dates, car je ne peux pas me permettre de les faire revenir tous les mois en consultation classique. Je ne vois les chroniques que tous les 6 mois par manque de disponibilité également. » (homme de plus de 60 ans, installé depuis plus de 20 ans)

2) Impact sur le temps médical journalier

La télémédecine pourrait leur permettre de **gagner du temps pour huit médecins** notamment par la **diminution des déplacements** (téléassistance ou téléconsultation) pour **cinq médecins**, du fait de la nature même d'une téléconsultation qui doit être **rapide**, ou par un **tri de patient** avec des pathologies simples et **un seul motif** de recours au médecin pour les autres.

« Gain de temps au niveau du déplacement et des visites à domicile » (femme de 40-49 ans, installée depuis 11 ans)

« Oui, cela peut me faire gagner du temps je pense possible en déchargeant la consultation – leur nombre. » (homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

Une jeune médecin pensait que la télémédecine ne lui ferait **pas gagner de temps** et que ce serait uniquement un confort pour les patients.

« Non je ne pense pas. Il y a déjà une régulation forte au niveau du secrétariat. Ça serait vraiment pour arranger les patients. Il y a de moins en moins de consultations inutiles. » (femme de moins de 40 ans, nouvellement installée)

3) Les avantages de la télémédecine

En tenant compte des réponses positives, on obtenait comme classement par ordre décroissant d'avantages retrouvés :

- La rapidité de la prise en charge (**six médecins**)
- Un accès aux soins plus facile pour le patient (**six médecins**)
- Diminuer les déplacements du médecin mais aussi du patient (**cinq médecins**)
- La rapidité de l'utilisation de la télémédecine (**quatre médecins**)
- Un meilleur suivi du patient (**quatre médecins**)
- La possibilité de réaliser un tri de patient – une régulation médicale (**quatre médecins**)
- Une meilleure qualité de vie du médecin – à savoir la protection de la qualité de vie (**trois médecins**) et le fait de pouvoir travailler de chez soi (**deux médecins**)
- La possibilité de réaliser une « inter-consultation » qui permet de décharger les consultations majeures physiques (**trois médecins**)
- La praticité (**deux médecins**)
- La rémunération du temps médical non payé (**deux médecins**)
- La réassurance du patient (**deux médecins**)
- L'anticipation des problèmes (**un médecin**)
- Plus de ponctualité des patients (**un médecin**)

4) Les freins/inconvénients à la télémédecine

Par ordre décroissant de freins ou d'inconvénients, on retrouvait :

- Le cadre juridique à préciser (**huit médecins**)
- L'absence de contact physique (**sept médecins**)
- La nécessité d'une bonne technique (**six médecins**)
- La déshumanisation (**trois médecins**)
- La difficulté du côté administratif via télémédecine (**deux médecins**)
- La peur d'une surconsommation de soin (**deux médecins**)
- Le manque d'encadrement financier (**un médecin**)
- L'incertitude sur l'avenir (**un médecin**)
- Le manque de confidentialité (**un médecin**)
- Obstacle psychologique (**un médecin**)

D) L'impact de l'e-santé sur le patient

1) L'accès aux soins

Les **neufs médecins** pensaient que **l'e-santé** va avoir un **impact positif** sur les patients, soit par la meilleure **facilité d'accès aux soins (six médecins)**, soit la **rapidité de la prise en charge** de la demande du patient (**six médecins**), ou la notion « **d'inter-consultation** » qui permettrait de **décharger** les consultations majeures avec des motifs accessoires, qui pourraient être réglés via la télémédecine.

« Oui, cela peut me faire gagner du temps je pense possible en déchargeant la consultation / leur nombre. » (homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

« Et au niveau des patients, pratique pour l'accès aux soins du patient, permet de gérer une inter-consultation, un problème avant la consultation, un problème avec un médicament etc...Ce n'est pas à la place d'une consultation majeure mais permet de gérer un vrai plan de soins. » (homme de 50-59 ans, aisance informatique forte, installé depuis plus de 20 ans)

2) L'impact sur la qualité de vie du patient

Un gain de temps pour le patient était estimé pour **trois médecins**. Ils sont **deux médecins** à penser que cela pouvait être une **réponse de qualité**, notamment meilleure que celle retrouvée sur des forums internet ou autres sources. Les autres médecins interrogés n'avaient pas mentionnés cette notion mais ne pensaient en aucun cas que ça en ferait perdre au patient ou que la qualité de vie du patient serait détériorée.

« Oui, c'est intéressant, on est dans une société où le temps est précieux, et ça peut leur permettre d'en gagner, on peut prendre rdv à l'heure qui nous arrange. On doit tout rentabiliser de nos jours et

ça pourrait être un moyen pour les patients. Ils peuvent être chez eux plutôt qu'en salle d'attente. » (femme de moins de 40 ans, remplaçante)

« Réponse d'expert médical sans passer par des forums ou l'information est de moins bonne qualité. » (femme de moins de 40 ans, nouvellement installée)

Enfin ils étaient **deux médecins** à penser que cela permettrait une meilleure **individualisation** de la prise en charge et **un médecin** qu'il y aurait moins d'isolement du patient, même si pour certaines pathologies, ils préféreraient voir le patient physiquement, typiquement la psychiatrie.

« Cela diminue le stress et lui permette une prise en charge personnelle plus importante. » (homme de 50-59 ans, installé depuis plus de 20 ans)

E) L'impact de l'e-santé sur la relation médecin-patient

1) Au niveau de la connaissance de son patient

La **connaissance du patient** avant de faire de la télémédecine était nécessaire pour **cinq médecins**, et **non nécessaire** pour **quatre médecins**. La raison première invoquée était celle de poser un diagnostic et individualiser le traitement avec un patient dont on ne connaît pas ses ATCD, ses réactions et une méconnaissance globale de son dossier médical n'est pas facile, cela risque de faire perdre du temps au final.

« Un patient que je connais bien, des gens cortiqués, à l'aise avec l'informatique » (femme de moins de 40 ans, remplaçante).

« Avec mes propres patients, cela ne change rien. Par rapport à quelqu'un que je ne connais pas, il faudrait un temps d'adaptation » (femme de 40-49 ans, installée depuis 11 ans)

2) Au niveau de la communication avec le patient

La communication serait **non modifiée voire améliorée** pour **une jeune médecin**, de part un meilleur lien avec le patient.

Par contre ils étaient **trois médecins** à penser que la communication se verrait **détériorée** (un jeune médecin et une jeune médecin ainsi qu'un médecin homme de plus de 50 ans)

« Je pense qu'il y aurait moins de confiance de la part du patient, sauf certains jeunes patients qui sont habitués à la technique. Moins d'empathie également. » (jeune médecin homme de moins de 40 ans)

« Peur d'une mauvaise communication ou d'incompréhension, moins de contact physique, d'échanges visuels. » (médecin homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

La **barrière de la langue** représentait un obstacle pour **quatre médecins** (un médecin de plus de 50 ans maîtrisant la langue arabe, un jeune médecin, un médecin de plus de 60 ans et une jeune médecin) et pensaient que c'est un véritable problème dans la ville des Mureaux.

« Il y a également la barrière du langage notamment aux Mureaux, j'ai peur qu'en vrai cela soit plus facile de se comprendre, ou pour les personnes âgées. » (femme jeune moins de 40 ans, remplaçante)

« Mes patients ne savent pas bien remplir leurs carnets de glycémie etc par exemple, ici aux Mureaux, il y a un problème de traduction surtout. » (homme de plus de 60 ans, installé depuis plus de 20 ans)

F) La perception de l'e-santé par le médecin

1) A l'aise avec l'e-santé

L'aisance avec l'e-santé était retrouvée chez **cinq des médecins** qui n'en avaient pas peur. Mais ils étaient **deux** dans le cas contraire (deux médecins hommes de plus de 50 ans): une e-santé non régulée et non cadrée pour l'un, et pour l'autre les renseignements fournis aux patients sur leur santé via internet. Ils n'approuvaient pas les informations et n'aimaient pas quand un professionnel de santé n'était pas présent pour intervenir.

« L'utilisation sauvage de la santé par les patients sous les effets conjugués des médias et des GAFAs. Donc l'e-santé non régulée. Si elle est non filtrée et non régulée, on va avoir une réaction du corps médicale assez importante. » (homme de 50-59 ans avec aisance informatique forte, installé depuis plus de 20 ans)

« J'en suis extrêmement frileux, les patients croient savoir des choses après avoir consulté internet. Le côté e-santé me fait donc un peu peur, car ce n'est pas contrôlé et dirigé. On peut lire sur des forums des choses aberrantes, cela fait paniquer les gens. » (homme de plus de 60 ans avec aisance informatique forte, installé depuis plus de 20 ans)

La peur de **commettre une erreur médicale** liée à la télémédecine était présente chez **cinq médecins**, notamment par impression clinique moins bonne, par crainte de mauvaise communication avec le patient ou un mauvais ressenti à distance.

« Au niveau responsabilité sans avoir la personne en face de soi, je m'interroge également. Cela m'a toujours hanté de passer à coter de quelque chose. Ça arrive d'avoir des soucis la nuit pour dormir. En télémédecine je m'interroge. » (homme de plus de 60 ans, installé depuis plus de 20 ans)

« J'aurais peur de passer à coter de quelque chose. » (femme de 60 ans, installée depuis plus de 20 ans)

2) Sentiment des médecins sur la télémédecine

La télémédecine était acceptée par **cinq médecins**, et **cinq** d'entre eux pensaient que les **patients accepteraient la télémédecine**.

« Les patients vont pousser pour la télémédecine, on est dans une société moderne ou les nouvelles technologies, objets connectés et intérêt à la santé se développe. » (homme de 50-59 ans installé depuis plus de 20 ans)

Par contre, **deux médecins** n'y étaient pas **favorables** (une jeune médecin installée récemment et une médecin de plus de 60 ans), et **deux médecins** étaient **neutres** (un jeune médecin et une jeune médecin).

« Non, pas forcément favorable mais il faut savoir évoluer avec son temps et si ça peut représenter un avantage pour les patients, il faut s'adapter. » (femme de moins de 40 ans, remplaçante, fortement à l'aise avec l'informatique)

« Non je ne le suis pas, je pense que c'est indispensable comme évolution. » (femme de moins de 40 ans, nouvellement installée)

Au niveau de la ville des Mureaux, **trois médecins** pensaient que les **patients** aux Mureaux **refuseraient** une prise en charge via la télé médecine.

« Je n'ai pas l'impression aux Mureaux, sauf les jeunes qui commencent à travailler. La situation est un peu spéciale aux Mureaux. » (homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

« Non, je ne pense pas, barrière de la langue notamment. » (jeune médecin homme de moins de 40 ans, remplaçant)

3) Au niveau des compétences médicales

La crainte que leurs **compétences médicales** soient **moins bonnes** se retrouvait chez **cinq des médecins**. Un **médecin** (homme de 50-59 ans, à l'aise avec l'informatique) pensait qu'elles seraient **inchangées**.

Ils s'interrogeaient notamment sur **l'impression clinique globale**, si le patient dissimule plus facilement une information derrière son écran / téléphone, certains estimaient avoir besoin de l'examen clinique pour avoir les mêmes compétences.

« Cela peut m'induire en erreur, si un patient de l'autre côté de l'écran peut dissimuler quelque chose ou ne pas avoir les moyens de le dire. » (homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

« J'aurais peur qu'elles ne soient pas aussi justes, sans le toucher et l'examen physique. Absence de vision globale du patient, impression clinique moins bonne. » (jeune médecin homme de moins de 40 ans, remplaçant)

4) La durée envisagée pour une téléconsultation

La téléconsultation devrait être plus **courte pour sept des médecins**.

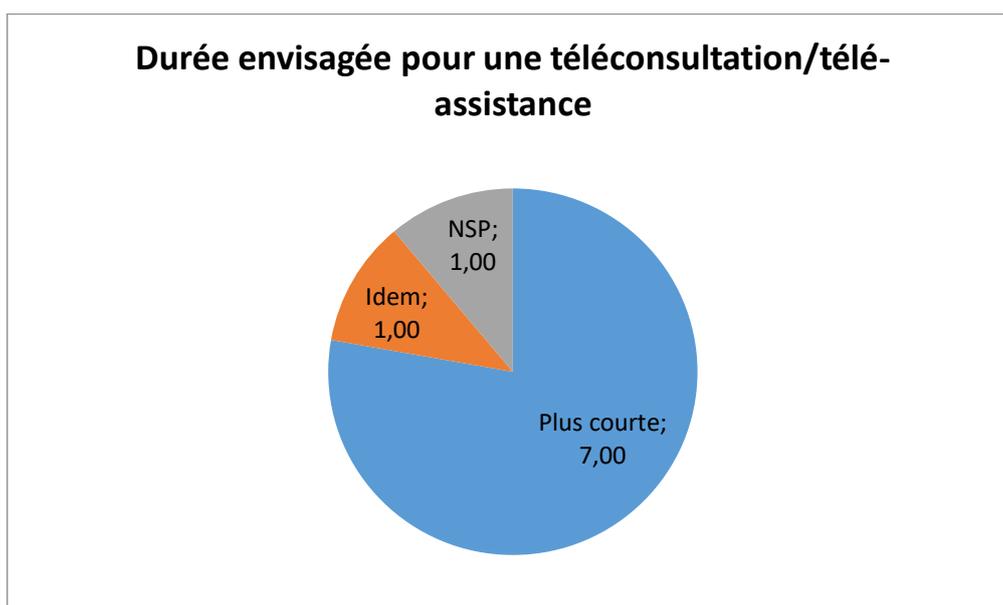
Un médecin de plus de 60 ans à l'aise avec l'e-santé pensait que la téléconsultation serait peut-être de la **même durée**.

Aucun ne pensait qu'elle sera **plus longue**. Une médecin de plus de 60 ans ne savait pas se prononcer.

Au niveau de la durée accordée à la télé médecine et notamment ce sur quoi nous sommes intéressés à savoir la téléconsultation / télé expertise et téléassistance, les avis divergeaient, mais

allait de 30 minutes à plusieurs heures par jour, en fonction des médecins. Si l'ont faisait une moyenne, elle serait de 1h par jour.

Les moments de la journée consacrée aussi seraient variables : Le matin avant ses consultations, le midi ou le soir après les consultations. Cela pourrait-être **entre deux consultations pour deux médecins** (à l'aise avec l'informatique, une jeune médecin et un médecin de 50 ans) et pour deux médecins également (moyennement à l'aise avec l'informatique), un jeune médecin et un médecin de moins de 50 ans, la consultation ne se passerait pas forcément au cabinet médical et ils souhaiteraient pouvoir faire de la téléconsultation à domicile, contrairement aux **sept médecins** restants.



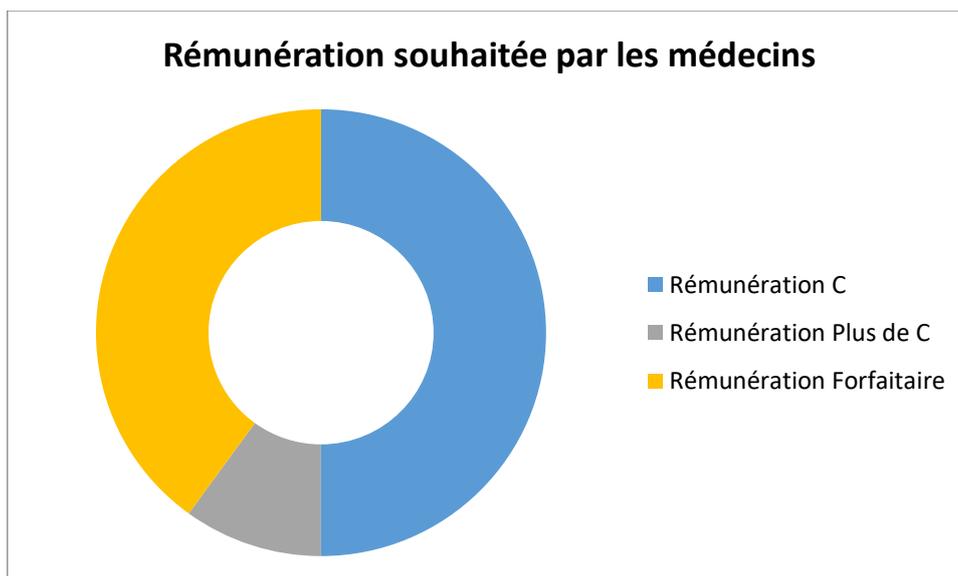
5) La rémunération souhaitée

La rémunération désirée pour une téléconsultation serait pour **cinq médecins** de la **valeur du C**, aucun n'accepterait moins du C, un seul (un médecin) estimait qu'il faudrait plus de la valeur du C (homme de plus de 50 ans).

« Autant qu'une consultation – C. Les forfaits ne m'intéresseraient pas, je trouve qu'à l'acte serait plus intéressant ou tout le système d'organisation de la santé serait à revoir. » (femme de 40-49 ans, installée depuis 11 ans)

Une **rémunération forfaitaire** pouvait intéresser **quatre médecins**, même si tout dépendait de l'importance tout de même de celui-ci pour certains (une médecin de plus de 60 ans, deux médecins de plus de 50 ans dont un homme et une femme, ainsi qu'une jeune médecin installée.

« Pour les forfaits, tout dépend du montant. » (femme de 60 ans, installée depuis 20 ans)



6) Le secret médical et la protection des données

Le secret médical était déjà **bafoué** ou sera bafoué avec la télémédecine pour **quatre** d'entre eux, toutes composantes comprises et pour **deux médecins** (un homme et une femme médecins de plus de 50 ans) le **secret médical** restera **inchangé**.

« J'ai du mal à croire encore au secret médical, on fait des certificats MDPH rendus publics, on fait des certificats aux assurances pour les prêtres. J'aimerais que les données ne soient pas consultables facilement. Ce qui me gêne le plus sont la récupération des données par les assureurs. » (homme de plus de 60 ans, à l'aise fortement informatiquement, installé depuis 20 ans)

« Il sera violé de toute façon, si on a le consentement du patient je ne vois pas le problème. » (homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

7) Les outils

Interrogés sur l'utilisation des outils pour réaliser de la télémédecine, ils étaient partagés avec **la moitié** en faveur d'outils simples de type applications dans le style de **What's App ou Skype Pro**⁶⁶ et **la moitié** pour un matériel plus sécurisé, mais uniquement à la condition que cela soit simple d'utilisation, craignant que les institutionnels ne soient pas les plus apte à réaliser des plateformes simples et fiables à utiliser au quotidien.

« Est-ce que la sécurisation des données est absolument nécessaire ? Je n'y crois pas trop, cela impose des logiciels spéciaux, alors dans la pratique je voudrais pouvoir utiliser des logiciels simples. Pour moi si on veut obtenir les informations médicales, on y arrive bien souvent. » (homme de plus de 60 ans, à l'aise fortement informatiquement, installé depuis plus de 20 ans)

⁶⁶ - WhatsApp (ou WhatsApp Messenger) est une application mobile multiplateforme qui incorpore un système de messagerie instantanée via Internet utilisé par un milliard de personnes.

- Skype est un logiciel de communication initialement utilisé sur ordinateur que l'on trouve désormais sous forme d'application sur les passerelles Internet de certains modèles de téléviseurs. Il permet de faire de la visioconférence ou des appels audio avec ses contacts.

Ref : WhatsApp (Facebook) – Un milliard d'utilisateurs actifs sur le site ZDNet

*« Les institutionnels veulent utiliser de l'e santé sécurisée partout mais c'est contradictoire. »
(homme de plus de 50-59 ans, à l'aise fortement informatiquement, installé depuis plus de 20 ans)*

8) Les types de pathologies et de patients

En télémédecine, les professionnels de santé étaient plutôt unanimes et accepteraient des pathologies chroniques (**huit médecins**) et les pathologies aiguës, mais orienté vers du simple et réalisable, pour les téléconsultations (**les neufs médecins**)

9) Sur le système de santé

Des **économies** seraient réalisées pour **six médecins** grâce à la **télémédecine** (un jeune médecin, un homme de plus de 50 ans, un homme de plus de 60 ans ainsi qu'une femme de moins de 40 ans, une de plus de 40 ans et une de plus de 50 ans).

« Sur la politique du gouvernement, j'aurais tendance à penser que c'est une façon pour eux de répondre à la demande médicale en évitant de former de nouveaux médecins. J'aurais tendance à penser que cela serait d'abord pour les économies réalisées puis ensuite pour l'accès aux soins des patients. » (femme de moins de 40 ans, nouvellement installée)

Il y avait cependant dans le ressenti de beaucoup d'entre eux à travers les verbatims un **besoin de cadrage réel** de la télémédecine, que cela soit **financier**, au niveau des **responsabilités juridiques** ou au niveau de la **pratique** en elle-même.

« Il est nécessaire pour moi de bien notifier dans quel contexte cela peut être intéressant. Et de bien poser les avantages et les inconvénients. Je pense que ça peut être très utile dans certains cas mais qu'il faut s'en méfier de certaines choses. Mais si on a bien ciblé ce qu'on peut en attendre, quelle population cible, cela peut apporter quelque chose. » (femme de moins de 40 ans, remplaçante)

La **peur** que la **télémédecine** ne devienne **imposée** à l'avenir était retrouvée chez **deux médecins** (deux hommes de plus de 50 ans pour l'un et de plus de 60 ans pour l'autre, tous les deux à l'aise fortement avec l'outil informatique). Ces mêmes médecins avaient peur également d'une **surcharge administrative** liée à la télémédecine.

Une autre vision présente chez **deux autres médecins** (une femme et un homme de plus de 50 ans) était que la télémédecine était un **nouveau concept mais pas une solution miracle**, notamment en matière de lutte contre la désertification médicale.

« Ça me fait peur à cause des amalgames, je n'ai pas envie que cela soit considéré pour résoudre tous les problèmes. En utilisation rationnelle non mais comme toujours, c'est un concept. » (femme de plus de 60 ans, installée depuis plus de 20 ans)

*« Je pense que c'est une innovation et quelque chose d'intéressant mais pas pour tout le monde. »
(homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)*

La **majorité** des médecins étaient en faveur du développement politique de la télémédecine. Mais certains d'entre eux préconisaient tout de même de ne pas faire les choses sans aller sur le terrain et de se rendre compte des besoins réels. Un médecin pensait que la télémédecine nécessitait un investissement plus important des pouvoirs publics avec une consultation des médecins.

« Au niveau politique, cela ne me gêne pas. Ce qui m'embête c'est que je pense que c'est dans un souci d'économie, du coup réduire le nombre de médecins et ce n'est pas au bénéfice du patient. » (femme de 60 ans, installée depuis plus de 20 ans)

« Au niveau politique, ce n'est pas assez puissant, ce n'est pas assez développé. C'est fait sans aller sur le terrain, ce qui est regrettable. » (homme de 50-59 ans, installé depuis plus de 20 ans)

Concernant la désertification médicale, **deux médecins** étaient dubitatifs (une jeune médecin nouvellement installée et un médecin de plus de 50 ans) et pensaient que c'était une manière de **répondre à la demande de soins** des patients sans augmenter le nombre de personnel soignants. Ces médecins ainsi qu'une autre femme de plus de 60 ans réclamaient également des **moyens humains (soit trois médecins)** et un **réaménagement du territoire**.

« Je ne pense pas que cela soit une solution sur un vrai désert médical car les gens auront besoin de voir un vrai médecin physiquement. » (homme de 50-59 ans, installé depuis 15 ans)

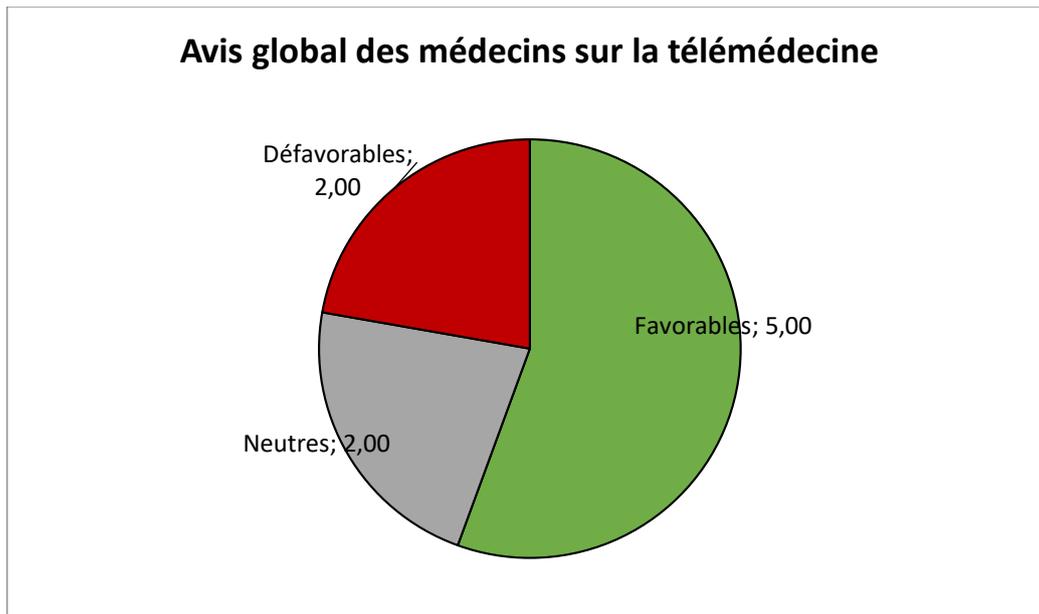
« Au niveau politique, cela ne me gêne pas. Ce qui m'embête c'est que je pense que c'est dans un souci d'économie, du coup réduire le nombre de médecins et ce n'est pas au bénéfice du patient. » (femme de 60 ans, installée depuis plus de 20 ans)

La télémédecine n'était pas une **bonne solution à la désertification médicale pour une des médecins** (une femme de 60 ans à l'aise moyennement au niveau informatique). Pour **cinq médecins** il s'agirait d'une **solution partielle** (une jeune médecin fortement à l'aise, un jeune médecin moyennement à l'aise, un homme de plus de 60 ans fortement à l'aise également et une femme de plus de 40 ans) et pour **trois médecins** ce n'était **pas une solution** (une femme de plus de 60 ans, une jeune médecin et un homme de plus de 50 ans, les trois à l'aise moyennement avec l'informatique).

G) Les préférences des composantes de la télémédecine selon les médecins

L'accueil de la télémédecine était favorable chez **cinq médecins**; **deux médecins** étaient assez **neutres** sur le sujet (une jeune médecin nouvellement installée et un jeune médecin) et attendaient de voir comment la télémédecine se développe.

Enfin, la télémédecine ne **recueillaient pas** les faveurs de **deux médecins** (deux femmes jeunes dont une fortement à l'aise avec l'informatique) tout en étant conscientes qu'elles devaient évoluer avec leur temps et s'adapter. Les **neufs médecins** pensaient qu'effectivement la télémédecine ferait **partie de la médecine de demain**.



Au niveau des **composantes de la télémédecine**, nous avons classé les préférences des médecins par ordre décroissant des sollicitations :

- La composante qui attirait le plus les médecins de l'étude était **la télé expertise**, plébiscitée par **huit médecins**. Cela les intéressait beaucoup, notamment pour le gain de temps procuré au patient, pour leur propre amélioration des compétences médicales et les interactions avec les confrères.

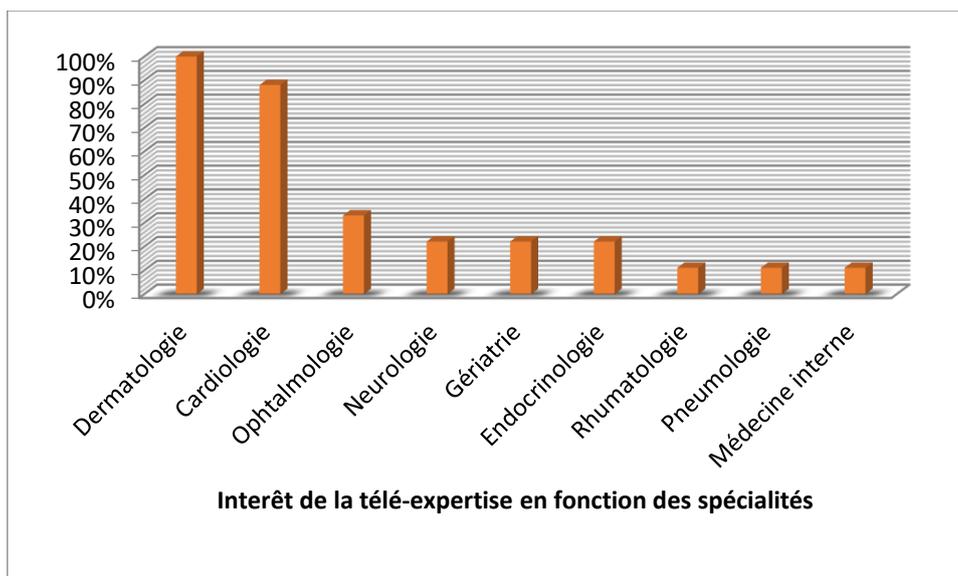
Le médecin (un homme à l'aise informatiquement de plus de 60 ans) qui la refusait pensait qu'elle lui ferait perdre du temps, par la lourdeur de la mise en place, et il n'en fait pas actuellement dans la majorité des cas, il envoi directement son patient au spécialiste sans contact téléphonique.

Interrogés sur la **perte de leurs correspondants habituels**, seuls **deux médecins** y voient un inconvénient au niveau de la réalisation de celle-ci.

La **grande majorité** n'accorderait que **peu d'importance au niveau du type de correspondant**, qu'il soit **hospitalier ou libéral**, à condition qu'il soit disponible pour réaliser la télé expertise au moment où ils en auraient besoin.

Les spécialités qui intéresseraient le plus pour une télé expertise seraient dans l'ordre décroissant :

- 1) La **dermatologie** (tous les médecins)
- 2) La **cardiologie** (huit médecins dont quatre médecins voudraient les avis sur les ECGs)
- 3) L'**ophtalmologie** (trois médecins)
- 4) La **neurologie** (deux médecins)
- 5) La **gériatrie** (deux médecins)
- 6) L'**endocrinologie** (deux médecins)
- 7) La **rhumatologie** (un médecin)
- 8) La **pneumologie** (un médecin)
- 9) La **médecine interne** (un médecin)



- La **téléconsultation** a obtenu les faveurs de **six médecins**. Certains étaient très en faveur (un jeune médecin et un médecin de plus de 40 ans pourtant à l'aise faiblement avec l'informatique), notamment pour pouvoir travailler à domicile mais aussi pour officialiser les téléconsultations déjà faites. Certains médecins avaient une volonté également de se faire rémunérer le temps médical utilisé à faire de la télémédecine qu'ils réalisaient déjà de manière informelle.

« *C'est de faire de la télémédecine de chez moi qui m'intéresse le plus, je trouve que cela donne une liberté d'emploi du temps, je trouverai ça fantastique.* » (femme de 40-49 ans, aisance informatique moyenne, installée depuis 11 ans)

Deux médecins étaient dans l'expectative.

« *Plutôt neutre, pas complètement contre parce qu'il faut voir ce que cela donne.* » (jeune médecin de moins de 40 ans, remplaçant)

Nous avons interrogés également les médecins sur la prise en charge en EHPAD. **Quatre médecins** étaient intéressés par la téléconsultation en EHPAD:

« *Cela m'intéresse et pourrait m'aider à prendre plus de patients en EHPAD. Cela demande cependant de gagner du temps médical. Le gain est tout de même relatif. S'il y a hésitation cela peut aider. Surtout en rural je pense c'est intéressant.* » (homme de 50-59 ans, installé depuis plus de 20 ans)

Les autres préféraient se déplacer ou n'avaient pas de patients en EHPAD:

« *Cela ne m'intéresse pas, je préfère me déplacer pour un patient en EHPAD, cela ne serait pas un critère pour accepter un patient en EHPAD.* » (femme de moins de 40 ans, nouvellement installée)

Enfin nous avons interrogés les médecins sur les **bornes / cabines de télémédecine**, comme les projets du conseil départemental des Yvelines. **Seuls trois médecins** se montraient intéressés. Les raisons invoquées par les autres médecins étaient que ces cabines étaient plutôt réservées aux milieux ruraux, désertiques (notamment en terme de spécialistes) et que ce n'était pas adapté à la population des Mureaux.

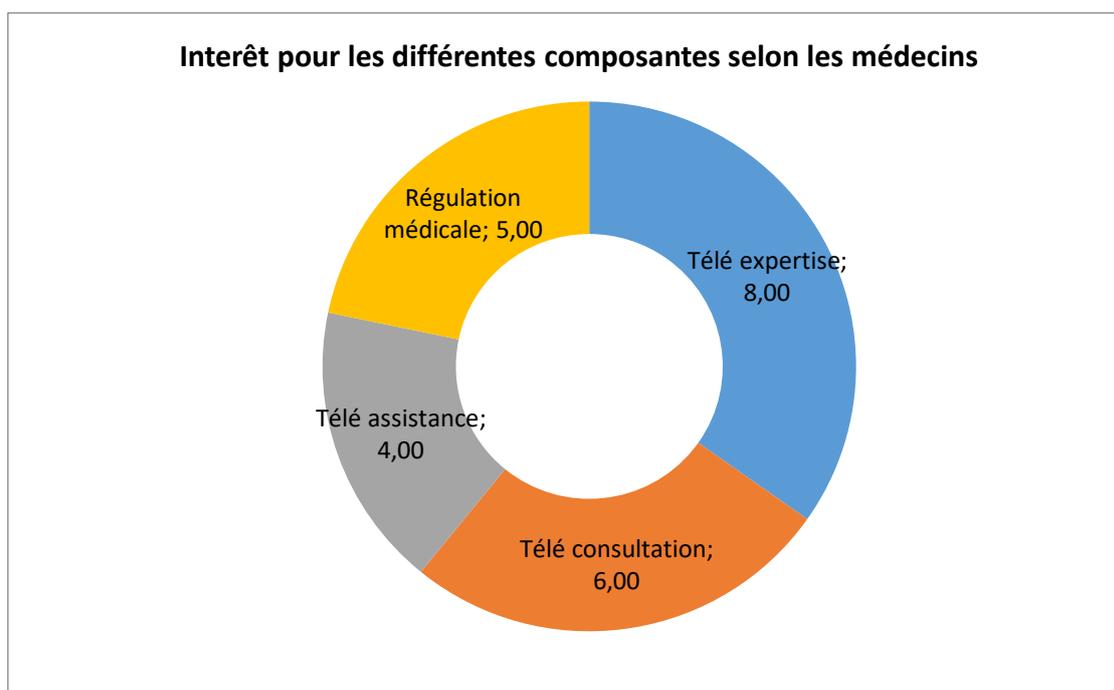
« C'est pas adapté à la population des Mureaux mais cela pourrait être intéressant...surtout en campagne avec difficulté accès aux spécialistes, mais ici aux Mureaux, problème de traduction surtout. » (homme de plus de 60 ans, installé depuis plus de 20 ans)

- **La régulation médicale (cinq médecins)** intéressait également beaucoup, surtout dans le cadre d'une MSP ou **sept médecins** se déclaraient prêts à faire une **régulation à tour de rôle** des petites pathologies. Ce qui leur permettrait le déchargement en consultations majeures « physiques » et tous le temps médical perdu en tâches administratives bénignes. **Deux médecins** avaient **refusé**, car l'un de voulait pas avoir à faire à d'autres patients que les siens, et l'autre car elle ne supporterait pas de passer une demi-journée au téléphone ou en visio-conférence.

La **téléassistance (quatre médecins)** était un peu moins sollicitée au niveau des préférences mais aussi moins connue. Elle paraissait plus complexe à mettre en place pour les médecins. Il fallait également que les professionnels paramédicaux soient disponibles pour réaliser la téléassistance avec les médecins.

Cependant la mise en place d'une **téléassistance via les infirmières libérales** qui permettrait d'économiser des visites à domicile intéressait **sept médecins**.

Résumé schématisé des préférences des médecins pour les différentes composantes de la télémédecine



Synthèse des résultats

- La **population médicale** de notre étude était **diversifiée** aussi bien au niveau de la **répartition hommes / femmes**, de **l'âge moyen**, et de **l'activité médicale**. Malgré une informatisation de longue date pour beaucoup, ils sont pour la plupart **moyennement à l'aise avec l'outil informatique**.
- **L'âge de la patientèle** était **plus jeune** que la moyenne nationale, avec une **surreprésentation des maladies chroniques** due à une population principalement issue de l'immigration notamment avec la communauté maghrébine et la prévalence du diabète, et sub-saharienne avec l'hypertension artérielle.
- Les médecins ne **connaissaient pas bien la télémédecine** bien qu'ils étaient **enclins à utiliser les nouvelles technologies** de l'information et de communication tel que les SMS, les fax, les mails dans leur pratique quotidienne. Ils acceptaient volontiers d'être formés à celle-ci, tous conscients qu'elle représentait une partie de la médecine de demain.
- Les **avantages** étaient **nombreux** et cela représentaient pour eux une **amélioration des compétences** pour la **télé-expertise**, la médecine la meilleure qui soit pour le patient et une aide à la prise de décision.
Un **gain de temps médical** ainsi que **pour le patient** était le premier avantage retrouvé dans le cadre des **téléconsultations** ainsi qu'un **accès aux soins plus facile**, une **prise en charge et une consultation rapide**, qui permettait également un **meilleur suivi**.
- L'idée de pouvoir réaliser une **régulation médicale** en téléconsultation était une idée qui plaisait également.
- Quant à la **communication** entre professionnels de santé, entre la ville et l'hôpital, elle s'en trouvera **améliorée** dans le cadre de protocoles de télé-expertise, et dans le cadre de la **téléassistance**, entre les paramédicaux et les médicaux. Ce qui était déjà pratiqué de manière informelle par plus de la **moitié d'entre eux**.
- Les **freins principaux** à la télémédecine étaient **l'imprécision du cadre juridique**, **l'absence de contact physique**, la peur d'une **technique défailante** et la **déshumanisation**.
Il y avait également des **inquiétudes** sur le **secret médical** qui était amené petit à petit à disparaître. Les médecins avaient également besoin **d'outils simples et sécurisés** mais n'avaient aucune envie de lourdeurs logicielles.
- Pour les médecins, les patients étaient demandeurs d'utilisation d'outils très simples et d'applications également simples d'usages telles que Whats'App ou Skype. Les **plateformes** ne seraient **acceptées** qu'à la condition d'une **simplicité d'utilisation**.

- La télémédecine pouvait-être une **solution partielle à la désertification médicale** pour la majorité des médecins.
- La **rémunération sollicitée** était à la hauteur d'une **consultation classique** (Cs), même si des **forfaits** pouvaient être discutés et un modèle économique devait être trouvé pour la télé-expertise pour le médecin requérant.
- La **durée** d'une téléconsultation et d'une téléassistance devait être **plus courte** qu'une consultation/visite à domicile classiques. Les médecins souhaitaient gérer des **pathologies chroniques** et des **pathologies aiguës simples**.
- La **télémédecine** était **globalement accueillie de façon diverse** de la part des médecins de notre étude, plus de la moitié y étaient favorables, d'autre étaient neutres et une minorité était contre. Mais certaines composantes faisaient la **quasi-unanimité**. C'était le cas de la **télé-expertise**, (les médecins connaissaient cette composante et en utilisaient ou en avait déjà tous utilisé.
 - Au niveau des **téléconsultations**, l'accueil restait **très bon** pour la **majorité** des médecins et certains attendaient avec **impatience** d'en réaliser en routine avec un cadre défini.
 - Pour la **téléassistance**, cela paraissait plus compliqué à mettre en place mais une diminution des déplacements intéressait certains médecins quand d'autres préféraient toujours se déplacer, par exemple en EHPAD.
 - Pour la **télé-expertise**, qui était la plus plébiscitée, le besoin se faisait grandissant et ils sollicitaient surtout la télé-dermatologie ainsi que la télé-cardiologie, dans une moindre mesure l'ophtalmologie.

DISCUSSION

A) Autour de la méthodologie de l'enquête

1) Choix d'une étude qualitative

Nous avons fait le choix d'une étude qualitative basée sur des entretiens, car notre objectif était de recueillir et d'analyser l'avis de médecins généralistes en situation de passer à cette étape au sein d'une MSP en construction. Cette étude avait pour but de connaître les pratiques, les connaissances actuelles, l'avis global des médecins sur la télémédecine puis leur avis détaillé, point par point au niveau des composantes que nous avons étudiées.

Pour se faire, des entretiens semi-dirigés s'imposaient comme la méthode la plus intéressante, car elle permettait d'avoir des réponses à des questions précises tout en laissant les médecins s'exprimer, notamment sur les sujets qu'ils ne connaissaient pas et ne maîtrisaient pas.

2) Le questionnaire

Au fur et à mesure des entretiens, certaines questions furent regroupées, des éléments étant redondants, notamment sur les avantages de la télémédecine ou les éléments nécessaires du point de vue des médecins pour qu'une téléconsultation fonctionne. Il a également été étoffé au niveau d'une question sur la régulation médicale à tour de rôle vu le plébiscite de cette composante de la télémédecine par les deux premiers médecins interrogés.

3) Obstacles

Nous avons rencontrés quelques obstacles pour la réalisation de cette thèse, le premier étant la difficulté à rencontrer tous les médecins, en effet, un premier envoi par mail de la part de mon directeur de thèse et moi-même aux médecins de la future MSP m'a permis de n'obtenir qu'une seule réponse, rapide, d'un médecin expérimenté en informatique.

Nous avons dû réaliser une première relance 15 jours ensuite par SMS ou à ce moment-là plusieurs médecins ont répondu mais une bonne moitié ne répondait toujours pas après 15 jours d'attente.

Une troisième relance par à nouveau un SMS et un appel directement au médecin m'a permis de rencontrer 80% des médecins. Une médecin ne répondant toujours pas, mon directeur de thèse a dû intervenir auprès d'elle.

Est-ce par manque de disponibilité ? Certainement. Mais je m'interroge aussi sur l'intéressement des médecins réfractaires à la télémédecine car j'ai constaté une corrélation assez forte entre les médecins très intéressés par la télémédecine qui répondaient assez rapidement, ceux qui ne le sont pas du tout, et ceux qui sont neutres qui m'ont répondu beaucoup plus lentement.

Au niveau des rencontres avec les institutionnels, cela a été plus fluide qu'avec les médecins au final, même si leurs disponibilités n'étaient pas non plus évidentes, ils ont tous acceptés après demande de leur assistante de direction de me rencontrer dans le projet de ma thèse, sauf au ministère de la Santé et l'équipe de télémédecine où ils ne m'ont accordés qu'un entretien téléphonique et ne voulaient pas être enregistrés par dictaphone.

B) Concernant les résultats

Notre objectif principal à travers cette étude était de savoir si les médecins de la future MSP étaient prêts à réaliser de la télémédecine, quelles composantes de celle-ci et en quelle quantité. Puis nous avons croisé les résultats de cette enquête avec la vision des acteurs institutionnels principaux en charge du dossier de la télémédecine.

Le groupe de nos médecins est hétérogène et semblable à la démographie médicale actuelle en termes d'âge et d'expériences, leur installation varie en fonction de leur âge et nous avons une jeune médecin installée et deux remplaçants dans le groupe des jeunes médecins qui nous procure un avis sur la jeune génération « numérique ». Cette génération est par conséquent tout fraîchement sortie de l'hôpital (28 ans, 28 ans et 31 ans) donc on peut considérer que leur vision est encore hospitalière. Nous avons également une vision plus ancienne, avec cependant une seule représentante d'une génération de médecin de 40-49 ans, un médecin de 52 ans puis viennent ensuite 4 médecins de 59 ans ou plus.

Nous remarquons que les activités annexes sont retrouvées uniquement chez les médecins de plus de 50 ans. L'aisance informatique est cependant dans notre étude indépendante de l'âge des médecins.

Tous les médecins de notre étude sont informatisés, ce qui est un gage de qualité et de possibilité technique correcte de faire de la télémédecine, de plus la future MSP sera raccordée à la fibre optique, il n'y a donc **pas d'obstacle technique** à la réalisation concrète de celle-ci.

Les médecins ont également tous des téléphones mobiles, des fax et un outil informatique adapté à la tenue des dossiers patients, ce qui est indispensable si l'on compte réaliser de la télémédecine, le décret de 2010 demandant au final après interprétation surtout une demande de tenue de dossier après télé-expertise ou télé-consultation correcte.

Il s'est avéré que, contrairement à ce que je pensais initialement, les médecins de notre étude sont plus intéressés par la télé-expertise que par la télé-consultation. Le taux d'acceptation de la télé-expertise est important, respectivement **8 médecins sur 9**.

La télé-expertise sollicitée est surtout visuelle notamment avec de la dermatologie qui est une spécialité cependant subtile mais assez facile à réaliser à distance, comme le projet Domoplaie ⁶⁷ dans le Languedoc Roussillon ou encore l'étude de Laure CELLARIER [18] sur la faisabilité d'une télé-expertise dermatologique en 2012.

Vient ensuite la cardiologie avec des avis dans le cadre d'urgences ou de télé-expertise par ECG, confirmé dans l'étude sur les freins et intérêts des médecins généralistes creusois sur la création d'un réseau public de télé-expertise des ECG.

La vice-présidente de la CME de la clinique cardiologique d'Evécquemont le Dr Carole SAUDUBRE contactée serait prête et intéressée pour mettre en place de telles expertises avec les médecins de la MSP. Si un tel service était possible, en réalisant déjà des expertises du même type pour l'hôpital de Beauvais par exemple et ce à titre bénévole, ce qui pose un problème de rentabilité du temps médical passé à donner ce type d'avis.

⁶⁷ Projet domoplaie - <http://esante.gouv.fr/paroles-aux-regions/domoplaies-premier-bilan-et-perspectives>

Cependant, **l'acceptabilité de la télémédecine** au sens global est **mitigée** (un peu plus de la moitié) comme nous le retrouvons dans certaines études : L'enquête quantitative réalisée par Mme CYPRIANI F ⁶⁸ en 2014 ou l'acceptabilité des médecins était initialement de **41%**; cependant ce chiffre montait à **52%** une fois que le dispositif était présenté et expliqué. De même pour l'étude réalisée par DIDIER M. en 2015 en Lorraine⁶⁹ (**50%**)

Nous avons constaté le même phénomène dans notre travail, à savoir que certains médecins avaient un ressenti négatif de prime abord sur la télémédecine. Puis au fur et à mesure de l'entretien, après explication des définitions, ils s'apercevaient qu'ils utilisaient déjà la télémédecine au quotidien.

Cette prise de conscience a permis de libérer la parole, et que la reconnaissance de la télémédecine permettrait en fin de compte de dégager du temps médical, rendre ainsi l'accès aux soins plus facile, et du coup en réduirait même partiellement une désertification médicale.

Ce qui est intéressant est que ce phénomène concerne les **médecins ayant une expérience et une durée d'installation importante**.

En effet, les jeunes médecins interrogés, bien qu'eux même soient d'une génération beaucoup plus « connectée » que leurs aînés, n'ont pas tendance à solliciter la télémédecine, car ils accordent plus de valeurs au contact physique avec le patient. On peut donc légitimement s'interroger sur les raisons à cela, est-ce le manque d'expérience ? De confiance en soi ? D'habitude de rencontre des situations cliniques ? De volonté de rémunération à travers des consultations classiques ? Des peurs d'habitus non encadrés de prescriptions médicales sur le plan médico-légal ?

Les trois jeunes médecins, ne dépassant pas l'âge de 35 ans, ne savent pas vraiment répondre à ces questions (les inquiétudes médico-légales font partie intégrante du cursus de la formation des internes), même si certains reconnaissent parfois un manque de confiance en eux.

Les médecins de notre étude utilisent déjà la télémédecine...sans le savoir, mais évidemment toujours dans un cadre informel, ou de façon sauvage et non encadrée pour les téléconsultations. Nous remarquons également que cette utilisation « sauvage » de la téléconsultation est prédominante encore une fois chez les médecins plus âgés et ayant une durée d'installation supérieure à 15 voire 20 ans. Une médecin de 60 ans ayant même été surveillée par la sécurité sociale pour des prescriptions sans consultation, du fait de son manque de disponibilité soudaine lors de l'arrêt maladie d'un des médecins de son cabinet, et de la non installation au dernier moment d'un médecin associé.

Les avantages de la télémédecine reconnus par les médecins des Mureaux, sont similaires aux autres études. Ce qui est étonnant, est que, malgré les nombreux avantages que représente la télémédecine, il reste un décalage important entre les craintes des médecins et le cadre juridique officiel de la télémédecine qui est assez clair.

L'autre crainte concernait le côté technique. La conception des médecins reste ancienne, celle de l'époque où les cabinets médicaux n'avaient pas de fibre optique et où les plateformes n'en étaient qu'à leurs balbutiements. Le modèle proposé aujourd'hui est fiable, et la solution technique stable et fonctionnelle, confirmée après l'entretien avec les industriels, même si malheureusement

⁶⁸ CYPRIANI, « TÉLÉMÉDECINE EN 2014 : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX FRANÇAIS ».

⁶⁹ DIDIER Mélodie, « Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain ».

j'ai manqué de temps pour rencontrer les acteurs hospitaliers utilisant la plateforme **ORTIF** pour confirmer ce fait.

L'absence de contact physique a été fréquemment cité, avec pour certains la peur d'une déshumanisation de la médecine. Il est clair que la téléconsultation peut parfois mener à des situations où un examen physique est nécessaire. Mais il est bien spécifié dans le cahier des charges que les téléconsultations sont possibles pour des patients en ALD et notamment pour des renouvellements d'ordonnances chez certains patients bien équilibrés. Cependant les médecins de l'étude s'accordent pourtant à dire que les **recommandations HAS sont parfois pour leur part dépassées** et d'ailleurs sont en train d'être remises en questions, notamment pour le suivi des pathologies chroniques.

Le **manque d'informations et de formation** des médecins de l'étude au sujet de la télémédecine est flagrant, et se retrouve même parmi les plus aisés au niveau informatique. Cela pose des questions sur la volonté affichée des institutionnels sur le développement de la télémédecine. Pourtant, lors de la nouvelle convention, le déploiement de la télémédecine fut un axe prioritaire mais nous nous apercevons que dans les faits, les ARS de leur propre aveu ne communiquent pas assez avec les médecins sur les possibilités offertes et les avancées au niveau législatif.

Les médecins sont à **l'aise avec les nouvelles technologies** et les utilisent très régulièrement dans le milieu privé comme dans le milieu professionnel mais ils sont tous d'accord pour dire que leur **vie privée doit être protégée** et ils sont peu nombreux à communiquer avec les patients par mails et encore moins par SMS. Aucun n'a de téléphone professionnel. Certains sont persuadés que les patients pourraient les envahir s'ils avaient un accès plus simple au médecin.

Cependant, la télémédecine pourrait être à mon sens une solution à ce problème : d'un côté le patient aurait accès aux soins plus facilement (plutôt qu'en se déplaçant) avec une prise en charge rapide, et d'un autre côté il y a un cadre régulé, juridique et technique, avec respect de la vie privée du médecin, satisfaisant pour que la relation médecin-patient se passe pour le mieux.

Si la télémédecine peut apparaître comme **une solution partielle à la désertification médicale** pour la majorité des médecins des Mureaux, il n'en reste pas moins qu'ils s'accordent à réclamer des moyens humains pour la prise en charge des patients (travail pluri professionnel), et ils considèrent la télémédecine uniquement comme un moyen moderne de communication facilitant l'exercice de la médecine ambulatoire. Pour exercer correctement la télémédecine, les **médecins considèrent que la connaissance du patient nécessaire.**

Les **patients** sont très demandeurs **d'outils simples** et pas forcément sécurisés. Certains médecins quant à eux sont en phase avec certains institutionnels en voulant utiliser des plateformes sécurisées gérées par le GCS notamment si elle fonctionne bien, mais aussi bien souvent des outils simples si le patient le demandait.

Nous notons que certains médecins sont moins optimistes que d'autres au niveau du secret médical et le considèrent comme déjà bafoué, que la télémédecine ne changerait de fait, pas cet

état. La crainte de ces médecins reste la récupération de données par les assureurs et les grosses multinationales telles Google, Amazon etc.

L'autonomisation du patient par rapport à sa santé est de plus en plus grande et les dispositifs de télésurveillance prennent de plus en plus de place sur le marché. Ils viennent d'être rendus officiels par les pouvoirs publics avec les décrets d'application et le lancement de la télésurveillance pour l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance pulmonaire, l'insuffisance rénale et tout récemment, début Mai 2017, sur le diabète.

En ce sens, les mentalités des médecins n'évoluent pas aussi vite que les technologies de l'information et de la communication. Pour certains institutionnels interrogés, c'est même la peur des médecins de devenir inutiles et d'être remplacés qui les pousse à s'éloigner pour certains de la télé-médecine. On peut s'interroger sur la légitimité de cette crainte car c'est plutôt l'inverse qui se passe. En effet l'ARS souligne que la présence de médecins dans les bornes de télécabines, loin des déserts médicaux, prenait de l'ampleur d'année en année.

La **principale motivation des médecins** à la téléconsultation reste le manque de disponibilité, plus grande pour les médecins proches de la retraite, laissant certains médecins gérer la permanence de soins (un médecin de plus de 50 ans ayant une patientèle très jeune, ou comme l'un des jeunes médecins remplaçant).

La **communication avec le patient** peut être altérée par différents mécanismes et une incompréhension lors des télé-consultations est possible. Dans une population ayant une grosse barrière de la langue comme aux Mureaux, il paraît effectivement difficile de mettre un service de télé-consultation en place facilement pour certains patients chroniques, nous confient les médecins.

La **durée de la téléconsultation** doit être clairement plus courte qu'une téléconsultation classique pour les médecins des Mureaux, ce qui diffère avec l'étude réalisée en 2015 de DIDIER M par exemple où 60% des médecins souhaiteraient une télé-consultation de durée identique. Cela peut s'expliquer par le fait que la téléconsultation n'est pas considérée par nos médecins comme une "vraie consultation".

Le **temps médical** alloué à la téléconsultation est pour certains de nos médecins du temps médical perdu, pour d'autres du temps médical habituel mais non pris en compte. Dans tous les cas, il n'y a pas de reconnaissance de celui-ci car il est fait bénévolement, et l'on peut se demander si la volonté de développement de télé-médecine concerne uniquement l'hôpital et les structures médico-sociales ou la médecine de ville ?

La **rémunération** doit être **adaptée**, comme le montre certains travaux, et qu'elle est une condition sine qua non pour que la télé-médecine puisse fonctionner, que ce soit pour les médecins libéraux ou les médecins hospitaliers.

La **téléassistance** entre les infirmières libérales et les médecins généralistes, avec l'envoi de photographies des plaies est dans l'avantage du patient. Elle a largement démontré son efficacité comme dans l'étude d'Agnès Sperling [14] de Mars 2016, sur les connaissances et attentes des généralistes et des IDEL liées à la télé-médecine pour le suivi des plaies chroniques.

C) Concernant le climat politique actuel

Nous nous sommes aperçu que le climat politique actuel favorable au développement prioritaire de la télémédecine, n'est pas perçu de la même manière par les médecins. Si certains sont très « pro-télémédecine », d'autres se voient contraints et forcés d'évoluer avec leur temps, par des politiques jugées sans concertation avec le terrain.

Après les entretiens avec le conseil départemental du 78, l'ARS Ile de France, le GCS Sesan et le directeur des systèmes d'information de l'AP-HP, j'ai pu constater que les **projets actuels de développement de télémédecine**, n'étaient pas toujours **cohérents** avec les **besoins réels** des médecins.

Par exemple le développement en cours de **bornes / télécabines** de télémédecine par le conseil départemental des Yvelines est considéré par les médecins des Mureaux comme assez peu adaptés à la population locale et d'un intérêt limité au vu des spécialistes environnants assez nombreux; la proximité de l'hôpital Public de Meulan ainsi que les cliniques cardiologique d'Evécquemont, du Montgardé à Aubergenville notamment.

L'entretien réalisé avec l'ARS Ile de France va également dans le sens d'une **inadéquation entre les besoins réels ressentis par les médecins et les éventuels projets en cours** de discussion au niveau local

L'ARS m'a donné un exemple donné sur l'impulsion politique venant du préfet de Seine-et-Marne pour trouver une solution à la désertification médicale, en finançant par les conseils généraux eux-mêmes des bornes de télémédecine.

En ce sens, l'ARS a un rôle de régulation, mais n'est pas toujours consultée et parfois des projets aboutissent à des non-sens, comme la cabine mise en place en Bourgogne qui fut un échec.

Une autre proposition du conseil départemental du 78 était de **financer** et **soutenir** un projet de **téléassistance** par une **valise de télémédecine** dont les infirmières disposeraient pour éviter certaines visites au médecin. Pour cet éventuel projet, le conseil départemental était intéressé de savoir ce que les médecins pensaient et souhaitaient se concerter avec les médecins, mais encore une fois les volontés politiques au niveau du cahier des charges ne tendent pas vers cette composante de la télémédecine actuellement.

A contrario le **conseil départemental des Yvelines** a rencontré un **représentant de la faculté de Paris Ouest** pour discuter des projets de télémédecine, mais ils se sont heurtés au fait que la faculté de médecine pensait que la télémédecine n'était pas assez mature pour permettre le développement de celle-ci à grande échelle.

Le **ministère de la santé** a pointé du doigt les **manquements des ARS** à communiquer correctement aux professionnels de Santé.

L'ARS reconnaît également un **manque de communication** avec les conseils départementaux et généraux. Cependant la volonté de travailler ensemble pour mener au mieux la lutte contre la désertification médicale reste une bonne solution aux yeux de l'ARS et des collectivités, même s'ils

sont conscients qu'il est nécessaire d'avoir un projet médical solide en amont pour qu'une telle solution fonctionne.

Les institutionnels rencontrés convergent tous dans leurs discours vers le développement de la télémédecine, comme demandé au niveau politique. Cependant on peut s'interroger, pourquoi 5 ans après la mise en place du PRT 2012, il n'y a toujours pas de télémédecine en médecine de Ville, en dehors des expérimentations.

Une réponse nous vient du **ministère de la Santé** qui explique que la priorité actuelle est de développer le cahier des charges pour que les structures hospitalières puisse développer les téléconsultations, poursuivre les télé-expertises avec l'instauration d'un modèle économique, et compléter le cahier des charges pour la télésurveillance de 4 maladies chroniques, le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance pulmonaire et l'insuffisance rénale. Cependant, pour le ministère, il n'y a aucun frein à l'utilisation de cette cotation en médecine générale libérale.

Cette réponse ne fut pas confirmée par le **Docteur Laurent TRELUYER, directeur des systèmes d'information de l'AP-HP** qui a notamment participé à la mise en œuvre du décret de 2010 encadrant la télémédecine et qui a piloté pendant 3 ans le dossier de la télémédecine au sein de l'ARS Ile de France.

En effet, pour lui, il y a **deux principaux blocages**, le premier venant de certains **politiques** eux-mêmes, des **réticences non fondées** selon lui, qui ne reposent sur aucune étude viable et le deuxième venant de la CNAM. Il y a de fortes **réticences** à ce que les actes de télémédecine s'envolent, par peur d'une non maîtrise des coûts, donc un gros **manque de moyen financiers** et pas de volonté politique d'aider les MSP financièrement pour que la télémédecine prenne son envol en médecine de ville.

Il est triste de constater qu'il n'y a **aucun projet de télémédecine en médecine générale libérale** à ce jour notamment en MSP, en Ile de France.

La politique actuelle des institutionnels étant clairement et uniquement de **développer la télémédecine hospitalière** pour prouver que le modèle économique fonctionne, quitte à **laisser complètement la médecine libérale de côté** pour l'instant.

L'ARS Ile de France est en charge pourtant de **23 projets de télémédecine** à ce jour. Mais ils ne souhaitent plus financer de nouvelles expérimentations et cherchent plutôt à en sortir. Il s'agit principalement de la télé-expertise, même s'ils essayent de développer des téléconsultations de pathologies chroniques à la sortie des patients de l'hôpital.

Ces dernières posent un problème car **l'hôpital public** selon le docteur TRELUYER souhaiterait **suivre les patients rentrés à domicile**. La frontière avec la médecine libérale en deviendrait assez floue...et nous restons dans une vision hospitalo-centrée.

La **Fédération Hospitalière de France** s'interroge elle-même, tout comme le **Collectif Inter Associatif sur la Santé** sur le manquement du **virage ambulatoire** en France et le développement de la **télémédecine**.

Dans le même temps, la **privatisation de la santé** se fait de plus en plus sentir, en laissant la télé-médecine échapper aux pouvoirs publics, notamment en donnant de plus en plus d'agrément et en signant des contrats d'expérimentation avec des assureurs privés.

Ainsi **AXA** propose des télé-consultations incluses dans le pack de base à condition que le parcours du médecin traitant soit respecté.

AXA revendique ce jour **10 000 télé-consultations** ⁷⁰ après **18 mois d'expérimentation**.

Qu'une assurance privée puisse offrir ce type de service **pose question sur l'accessibilité aux soins**, et a reçu un accueil glacial des syndicats médicaux et du CNOM en 2015.

L'ARS pense pour autant pouvoir contrôler ces expérimentations et selon eux procèdent à des vérifications de conformité en rapport avec le décret, qui sont d'ailleurs très peu nombreuses selon le Docteur TRELUYER, instigateur de celui-ci.

D) Au niveau technique

Au niveau technique, la fibre optique professionnelle est nécessaire ou sera nécessaire comme expliqué par le directeur du syndicat mixte ouvert Yvelines Numériques, Laurent ROCHETTE. Mais cela à un coût, supérieur à une offre de fibre optique classique avec une prise en charge en cas de problème pas plus importante qu'avec un particulier classique, mais un verrouillage de l'offre par le professionnel qui installe le réseau fibré.

Au niveau de la solution logicielle, la plateforme unique proposée pour le moment est **ORTIF**, gérée par le **GCS Sesan**. Il n'est **pas possible d'utiliser des logiciels et applications simples** comme demandé par les médecins de notre étude, notamment au niveau logistique, sécuritaire et pour les rémunérations et la reconnaissance de l'acte de télé-médecine.

Il est clair et reconnu, que cela soit par le directeur des systèmes d'information de l'AP-HP, par l'ARS Ile de France et par le directeur du GCS Sesan que cette plateforme, en l'état actuel des choses, est **très peu adaptée aux MSP** et encore moins aux cabinets médicaux libéraux isolés. Le principal **frein** est le **coût d'abonnement** à cette plateforme, qui représente un coût à l'acte trop important pour le **faible volume de télé-médecine** éventuellement réalisé dans le cadre d'une MSP.

Les choses changent et les marchés sont en cours de renégociations. Les institutionnels attendent des baisses de prix et un changement du modèle économique de la plateforme, avec comme idée par exemple de proposer un coût à l'acte plutôt que des abonnements annuels. Mais nous constatons que dans la pratique, **aucune solution technique correcte n'est proposée à ce jour si nous devons lancer une solution de télé-médecine dans la MSP des Mureaux en construction**.

⁷⁰ Le Quotidien du Médecin, « Après 18 mois d'activité, AXA revendique 10 000 consultations téléphoniques ».

CONCLUSION

Les **propositions actuelles** ne sont **pas adaptées** à la vision qu'ont les médecins des Mureaux et de leurs besoins ressentis.

En effet ceux-ci plébiscitent la **téléexpertise** et la **régulation médicale**, de la **téléconsultation** à la carte. Nous nous apercevons que la télémédecine est toujours verrouillée au niveau financier par la CNAM, malgré l'assouplissement des règles liées à la LFSS 2017 et ce fameux article 91, car la contractualisation avec l'ARS était une procédure lourde et qui de fait, n'a quasiment pas été utilisée en France.

A tel point que **l'évaluation de l'HAS** prévue sur la télémédecine est **prorogée d'un an** (Septembre 2018), mais de toute façon nous restons sceptique sur la qualité de l'étude médico-économique qui sera présentée par l'HAS lors du LFSS 2018, soit dans 4 mois. Ces doutes furent confirmés par l'ARS Ile de France, qui nous explique que les expérimentations qui visent deux millions de personnes en ALD viennent à peine de commencer ...

Les pouvoirs publics seraient bien inspirés de prendre en compte les récentes études européennes médico-économiques qui ont échoué (*WSD, Renewing Health*), en partie parce que le délai d'observation était trop court et, surtout, **parce que les organisations des professionnels de santé n'avaient pas été prises en compte dans la méthodologie retenue.**

La composante la plus facile à utiliser, à mettre en place éventuellement et développée d'ores et déjà au niveau hospitalier est donc bel et bien la **télé-expertise**.

Cependant cette procédure de télé-expertise conserve au moins deux insuffisances:

- La 1ère insuffisance est la **non rémunération du médecin requérant dans cette expérimentation**, ce qui signifie que la télé-expertise exclut pour l'instant le dialogue vocal entre médecins et ne prend en compte que les télé-expertises par image, photo ou par écrit. Cela fonctionne beaucoup mieux lorsque c'est visuel, selon le directeur des SI AP-HP.

Je trouve cela assez réducteur, car il faudra surement élargir la télé-expertise au dialogue vocal qui est plus riche, plus formateur pour les médecins; ce que les institutionnels reconnaissent volontiers et qui représente la pratique la plus moderne de la médecine actuelle.

- La 2ème insuffisance est de **limiter la télé-expertise** à des correspondants "**intuiti personae**". Cette clause ne prend pas en compte le fonctionnement des télé-expertises au sein de l'hôpital public, où la dynamique de compétence est plus collective qu'individuelle, en dehors bien évidemment de l'hyperspécialisté dans un domaine donné.

Ces deux insuffisances ont justifié **le dépôt d'un amendement à l'article 47 par la FHF** en faveur d'un nouvel arrêté ministériel qui pourrait reprendre toutes ces insuffisances de l'arrêté du 26 avril 2016, en particulier pour les télé-expertises effectuées au sein d'un GHT.

La télémédecine est d'abord une **organisation professionnelle nouvelle** pour des **pratiques médicales nouvelles**, avant d'être une évolution technologique.

Si cela est bien compris par certains institutionnels comme le directeur des SI de l'AP-HP le Dr TRELUYER, ce n'est pas concrètement ce qui se passe dans les faits, comme confié par l'ARS Ile de France.

Nous reconnaissons **qu'un grand pas a été franchi** pour déverrouiller le financement de la télémédecine en France qui représente une partie de la médecine de demain. Le choix des patients en ALD (malades atteints de maladies chroniques) est judicieux et devrait permettre d'entrer enfin dans une médecine de parcours structurée par la télémédecine.

Il manque cependant une **réelle impulsion politique** et la **fin des réticences d'ordre financier ou idéologique**, ainsi qu'une accessibilité financière par les MSP aux structures techniques nécessaires à la mise en place d'une solution de télémédecine.

BIBLIOGRAPHIE

- Bourguet, Eve, et Mériem Zirari. « En quoi la téléconsultation modifierait-elle la relation médecin-patient en médecine générale ». Thèse d'exercice, Université Claude Bernard, 2012.
- Carré, Elisa. « Télémédecine: représentations et expériences des médecins généralistes: Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon - 2013 ». Thèse d'exercice, Université de Montpellier I. Faculté de médecine, 2013.
- Cellarier, Laure. « Étude de faisabilité de téléexpertise en dermatologie: à propos de 39 patients vus sur la clinique de rhumatologie - 2012 ». Thèse d'exercice, Université Joseph Fourier, s. d.
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/682682/filename/2012GRE15013_cellarier_laure_1_D_.pdf.
- Cervera, Carole. « Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de Muret ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2014.
- Champeau - numerama.fr, Guillaume. « Un pas supplémentaire pour la télémédecine en France - Oct 2015 ». *Numerama*, 14 octobre 2015. <http://www.numerama.com/politique/126578-un-pas-supplementaire-pour-la-telemedecine-en-france.html>.
- Cochrane. « Télémédecine interactive : effets sur les pratiques professionnelles et les résultats des soins de santé | Cochrane ». Consulté le 5 décembre 2016.
<http://www.cochrane.org/fr/CD002098/telemedecine-interactive-effets-sur-les-pratiques-professionnelles-et-les-resultats-des-soins-de>.
- Costa Loureiro, Patricio. « Télésanté, Télémédecine en pharmacie et Télépharmacie: les nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de la santé ». Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, 2016. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01336926/document>.
- CYPRIANI, Fanny. « TÉLÉMÉDECINE EN 2014 : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX FRANÇAIS », 2014. http://www.apima.org/img_bronner/These_Cypriani_telemedecine_2014.pdf.
- DANIEL, Yann. « Évaluation monocentrique d'une application de télé-expertise électrocardiographique au profit des médecins d'unité - 2010 ». Consulté le 2 mai 2017. http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr/IMG/pdf/2-4_Daniel_Y-_Evaluation_monocentrique_d_une_application_de_tele-expertise_electrocardiographique_au_profit_des_medecins_d_unite-_Medecine_et_Armees_2011_39_3_-227-32.pdf.
- Decouard, Pierre. « Analyse de la communication et de la coopération en situation de télé-consultation: étude de cas en Médecine générale - 2000 ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier, 2000.
- Decourteix, Hélène, et Les Échos Études. *La pharmacie d'officine à l'heure du digital: réalités en 2015, enjeux et perspectives de la pharmacie connectée à l'horizon 2020*. Paris, France: Groupe « Les Échos », 2015, 2015.
- DGOS. « Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN ». *Ministère des Affaires sociales et de la Santé*, 15 avril 2016. <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>.

- . « Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine - Déploiement technique : Urbanisation et infrastructure », mars 2012. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf.
- DIDIER Mélodie. « Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain », 2015. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_DIDIER_MELODY.pdf.
- Dufoin, Mailys. « Pathologies chroniques et téléconsultation: une expérimentation de médecine générale en zone rurale corse ». Thèse d'exercice, Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine, 2013.
- Dupeyrat, Jean-Sébastien. « Télémédecine en médecine générale rurale: étude quantitative et enquête d'opinion à partir d'un projet de télémédecine dans les Alpes-Maritimes ». Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2010.
- Entreprises.gouv.fr. « La DGE publie son rapport d'activité 2015 | Direction Générale des Entreprises (DGE) ». Consulté le 16 mai 2017. <http://www.entreprises.gouv.fr/dge/la-dge-publie-rapport-d-activite-2015>.
- esante.gouv.fr. « Déploiement de la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social : 9 régions sélectionnées afin d'expérimenter des tarifs préfigurateurs ». *Ministère des Affaires sociales et de la Santé*, 26 mai 2014. <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/archives-presse/archives-communique-de-presse/annee-2014/article/deploiement-de-la-telemedecine-en-ville-et-dans-le-secteur-medico-social-9>.
- . « La e-santé, une ambition majeure pour la Commission européenne | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé ». Consulté le 16 mai 2017. <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-6/la-e-sante-une-ambition-majeure-pour-la-commission-europeenne>.
- . « La Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S) | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé ». Consulté le 16 mai 2017. <http://esante.gouv.fr/services/politique-generale-de-securite-des-systemes-d-information-de-sante-pgssi-s/en-savoir-plus-0>.
- Etien-Gnoan, N'Da Brigitte. « OK - L'encadrement juridique de la gestion électronique des données médicales - 2014 ». Thèse de doctorat, Université du droit et de la santé, 2014. <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/dcd48679-e8e5-4670-81a4-3d81e24e497f>.
- FASN. « Sondage FASN - La télémédecine est insuffisamment déployée en France pour plus de 75% des répondants ». *Télémédecine 360*, 18 avril 2016. <http://www.telemedecine-360.com/sondage-fasntelemedecine-360-plus-de-75-des-repondants-pensent-que-la-telemedecine-est-insuffisamment-deployee-en-france/>.
- Fédération Hospitalière de France (FHF). « La FHF lance la préparation du volet télémédecine de sa plateforme politique ». Consulté le 18 septembre 2016. <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/La-FHF-lance-la-preparation-du-volet-telemedecine-de-sa-plateforme-politique>.
- Fondation de l'avenir. « Enquête FDA-BFM - Télémédecine - 18 octobre 2012 - enquete-fda-bfm-telemedecine-2012.pdf ». Consulté le 19 avril 2016. <http://www.silvereco.fr/wp-content/2012/enquete-fda-bfm-telemedecine-2012.pdf>.
- Fund, Anthony. « Seuil de rentabilité économique de la télé-expertise en Médecine Générale rurale à Langogne - 2016 ». Thèse d'exercice, Université de Montpellier. Faculté de médecine, s. d. [---

126](http://www.biu-</p></div><div data-bbox=)

montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:358636
&resolution=&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1234&file=.

HAS. « Haute Autorité de Santé - Expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine - Rapport Septembre 2016 ». Consulté le 16 mai 2017. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2670322/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine?cid=r_1438775.

Healthcare Orange. « Politique et e-santé - mai 2016 ». Consulté le 19 septembre 2016. <http://healthcare.orange.com/fr/Live/Dossiers-du-mois/2016/dossier-du-mois-Politique-et-e-sante>.

Jamet, Xavier, et Claude Landos. « Freins et intérêts des médecins généralistes creusois sur la création d'un réseau public de télé-expertise des ECG - 2015 ». S.C.D. de l'Université de Limoges, 2015.

Languedoc-Roussillon, GCS E.-santé. « Le projet e-Dent : un service de téléconsultation dentaire ». *Site Internet du site GCS E-santé Languedoc-Roussillon*. Consulté le 16 mai 2017. <http://www.esante-lr.fr/actualites-23/le-projet-e-dent-un-service-de-teleconsultation-dentaire-65.html?cHash=ea0b8ebe597ab72b295adf9ab2802f47>.

Le Quotidien du Médecin. « Après 18 mois d'activité, AXA revendique 10 000 consultations téléphoniques ». *Le Quotidien du Médecin*. Consulté le 3 mai 2017. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/03/apres-18-mois-dactivite-axa-revendique-10-000-consultations-telephoniques_847172.

Le Quotidien Du médecin. « Création de deux actes de télé-médecine pour améliorer le suivi de patients en EHPAD ». *Le Quotidien du Médecin*. Consulté le 4 mai 2017. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/03/02/creation-de-deux-actes-de-telemedecine-pour-ameliorer-le-suivi-de-patients-en-ehpad_845209.

LE VOT DUAULT, Lénaïg. « Mise en place et évaluation d'un service internet de télé-expertise en médecine interne à l'attention des médecins généralistes de Moselle : « S@S Interniste » - 2015 ». Consulté le 2 mai 2017. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_LE_VOT_DUAULT_LENAIG.pdf.

Lefigaro.fr. « La télé-médecine arrive à maturité ». Consulté le 11 septembre 2016. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/07/11/22594-telemedecine-arrive-maturite>.

Legifrance. Code de la santé publique - Article R6316-6, R6316-6 Code de la santé publique § (s. d.). Consulté le 16 mai 2017.

———. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine, 2010-1229 § (2010).

———. Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télé-médecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 | Legifrance. Consulté le 20 avril 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/10/9/AFSH1507867D/jo/texte>.

———. Délibération n° 2015-108 du 2 avril 2015 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télé-médecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (demande d'avis n° 15007507) (s. d.). Consulté le 16 mai 2017.

- Lembo, Aline. « La télémédecine implique-t-elle des changements dans la pratique professionnelle et l'organisation des maisons de santé pluridisciplinaires ? » Thèse d'exercice, Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine, 2014.
- MARTINS Joana. « Evaluations médicales et économiques préalables à la prise en charge des plaies par télémédecine au CHU d'Angers ». Consulté le 17 avril 2017. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20126819/2015MCEM3510/fichier/3510F.pdf>.
- Mathieu, Stanislas. « La téléconsultation: l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes ». Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2012.
- Ministère de la santé. « Stratégie Nationale e-Santé 2020 - Juillet 2016 ». Consulté le 13 septembre 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. « Intervention de Marisol Touraine - Paris Healthcare Week 2016 - Discours - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ». Consulté le 13 septembre 2016. <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/intervention-de-marisol-touraine-ministre-des>.
- Moucadel, Mélanie. « Evaluation de la fiabilité diagnostique et thérapeutique de la télé-expertise dermatologique en médecine générale - 2014 ». Thèse d'exercice, Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine, 2014.
- OMS. « Rapport OMS 2015 Télémédecine - From Innovation to Implementation: eHealth in the WHO European Region - From-Innovation-to-Implementation-eHealth ». Consulté le 8 septembre 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf?ua=1.
- PFLSS 2017 LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 - ARTICLE 91, 2016-1827 § (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033680665&categorieLien=id>.
- Remande, Alexandre. « Motifs de recours des médecins généralistes à la télémédecine à partir de deux expérimentations ». Thèse d'exercice, Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, 2013.
- Rioli, Justine. « OK - La télémédecine en pharmacie - 2014 ». Thèse d'exercice, Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, 2013. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/9e302ae6-d4f4-4859-9854-c006716112c4>.
- sante.gouv.fr. « Engagement 9 : Favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents ». *Ministère des Affaires sociales et de la Santé*, 20 novembre 2015. <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante-2/article/engagement-9-favoriser-l-acces-a-la-telemedecine-pour-les-patients-chroniques>.
- Silver Economie. « Télém'EHPAD : un programme de formation en télémédecine pour les professionnels des EHPAD 23/02/2015 ». Consulté le 6 septembre 2016. <http://www.silvereco.fr/telemehpad-un-programme-de-formation-en-telemedecine-pour-les-professionnels-des-ehpad/3141837>.

- SNITEM, SYNTEC, ASIP, HAS, ARS, ANSM. « Rapport GT33 - Permettre l'émergence d'une stratégie industrielle en matière de e-santé, en soutien de la politique de santé publique, en associant les industriels ». Consulté le 19 avril 2016. <http://www.snitem.fr/sites/default/files/ckeditor/rapport-gt33-csis-csf-dssis-sans-annexes.pdf>.
- Solutions Medicales.fr. « Le Pacte territoire santé de Marisol Touraine : 12 mesures et 50 millions d'euros ». Consulté le 19 septembre 2016. <http://solutionsmedicales.fr/actualite/5777-le-pacte-territoire-sante-de-marisol-touraine--12-mesures-et-50-millions-d-euros>.
- Sperling, Edith Agnes, et Hubert Fraignac. *Etude de la relation entre médecins généralistes et infirmiers libéraux dans l'Oise pour la prise en charge des plaies chroniques*. Amiens, France: Université de Picardie, 2016. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01325774/document>.
- SYNTEC. « Livre blanc Télémedecine 2020 - Synthèse de l'étude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins », avril 2012. http://www.syntec-numerique.fr/sites/default/files/related_docs/20120525-E-sante-Livreblanc-telemedecine-Faire-de-la-France-un-leader-du-secteur.pdf.
- SYNTEC, DGE, SNITEM, PIPAME. « E Santé : Faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé - Rapport final Février 2016 », février 2016. http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/prospective/Numerique/2016-02-Pipame-e-sante.pdf.
- Telemedecine 360. « Le premier DIU de Télémedecine en France débute le 25 Novembre ». *Télémedecine 360*, 4 novembre 2016. <http://www.telemedecine-360.com/premier-diu-de-telemedecine-france-debute-25-novembre-a-bordeaux/>.
- . « L'OMS encourage le déploiement de la télémedecine en Europe ». *Télémedecine 360*, 22 mars 2016. <http://www.telemedecine-360.com/loms-encourage-le-deploiement-de-la-telemedecine-en-europe/>.
- TELEMEDINOV. « Télémedecine | Télémedinov la Télémedecine Interopérable en France ». Consulté le 16 mai 2017. <https://www.telemedinov.fr/>.
- TICSANTE. « E-santé : 100 millions de téléconsultations dans le monde en 2014 ». Consulté le 16 mai 2017. <http://www.ticsante.com/story.php?id=1245&story=1803>.
- . « Le futur système national des données de santé prévu pour le second trimestre 2017 ». Consulté le 16 mai 2017. http://www.ticsante.com/le-futur-systeme-national-des-donnees-de-sante-prevu-pour-le-second-trimestre-2017-NS_3187.html.
- TOUHAMI Nahida. « Les attentes des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon en télé-expertise dermatologique - 2015 ». Consulté le 17 avril 2017. http://www.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:304587&resolution=&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A551&file=.

ANNEXES

Annexe N°1

Guide d'entretien vierge

1) Renseignements généraux

Dr X

Médecin généraliste

X ans

Femme/Homme

Aisance informatique **moyenne/elevée/faible**

Informatisation du cabinet :

Année d'installation aux Mureaux :

Age de votre patientèle :

Autre activité annexe ? **Oui / Non**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Éléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Est-ce flou dans votre tête ?

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Éléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Téléconsultation :

Téléexpertise :

Téléassistance :

Sms : Oui/Non

Fax : Oui/Non

Email : Oui/Non

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui/Non

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings)

- Teleexpertise et domoplaie :

- Valises télémédecine en EHPAD :

- Cabine de télémédecine :

- E-valise :

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, deshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémedecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémedecine à tour de role vous intéresserait-elle ?

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Annexe N°2

ENTRETIEN DR CLERC

1) Renseignements généraux

Dr CLERC

Médecin généraliste

59 ans

Homme

Aisance informatique **forte**

Informatisation du cabinet : **1990**

Année d'installation aux Mureaux : **1990**

Age de votre patientèle : **50 ans et poly-pathologies, beaucoup de chronique, peu d'aigu**

Autre activité annexe ? **Oui, enseignement et recherche**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Oui

Utilisation de tablettes numériques, surveillance de patients

Expertise par internet ou Skype

Robotique à distance avec opération d'un patient

Eléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Pour moi c'est donner un avis médical à la demande d'un patient en utilisant des moyens numériques. En utilisant les mails par exemple ou le téléphone, non visuel. Soit parce que le patient est à l'étranger, qui demande un avis. Avec utilisation du mail pour une ordonnance électronique.

C'est une proposition que font spontanément les patients et ils sont très demandeurs.

Est-ce flou dans votre tête ?

Non

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Non, au contraire

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Oui, c'est possible vu qu'on le fait déjà, mais cela peut être amélioré

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Non, la désertification médicale nécessite des moyens humains et de réaménagement du territoire. C'est un complément indispensable pour soulager les soignants et la rapidité de la prise en charge, c'est une information qui passe entre médecins et professionnels de santé ce qui permet une meilleure anticipation des problèmes.

Au niveau politique, ce n'est pas assez puissant, ce n'est pas assez développé. C'est fait sans aller sur le terrain, ce qui est regrettable. Certains doivent avoir pour but de faire une meilleure gestion du système économique de santé, la productivité du système.

Beaucoup aussi pour l'accès aux soins de la population.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non

Eléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Sms : Avec IDE. + Photos des plaies des patients par exemple.

Fax : Laboratoire et pharmacie

Emails : Patients, avec ou sans ordonnance + avis par mails

Pas d'expérimentation, vision conférence non

Téléphone : Régulièrement avec IDE et patients.

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Pratique, réaction plus rapide, notamment avec les IDE ou l'on peut éviter une visite, pratique pour le pharmacien pour corriger une ordonnance rapidement ou faire une ordonnance.

Et au niveau des patients, pratique pour l'accès aux soins du patient, permet de gérer une inter-consultation, un problème avant la consultation, un problème avec un médicament etc...Ce n'est pas à la place d'une consultation majeure mais permet de gérer un vrai plan de soins.

Le niveau de risque pris ne nécessitait pas forcément que l'on voit le patient. Ce n'est pas vraiment un manque de disponibilité.

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Fréquent et en augmentation. Pas subie.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui, pas de problème

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Oui, mais de manière vague

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Oui, on peut rationaliser, des aspects que l'on ne connaît pas.

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Je connaissais, cela ne m'intéresse pas sans filtre ou un plan de soin. Ou est-ce que cela arrive ? Plateformes dédiées ? Je suis contre que les données arrivent directement chez le médecin. On ne peut pas analyser toutes ces données. Derrière il y a des implications juridiques majeures. On rentre dans un contrat de plan de soin, l'un des filtre peut-être l'infirmière par exemple.

- Teleexpertise et domoplaie : Non je ne connaissais mais cela m'intéresse

- Valises télémédecine en EHPAD : Non je ne connaissais pas, cela m'intéresse et pourrait m'aider à prendre plus de patients en EHPAD. Cela demande cependant de gagner du temps médical. Le gain est tout de même relatif. S'il y a hésitation cela peut aider. Surtout en rural je pense c'est intéressant.

- Cabine de télémédecine : Non, je ne connaissais pas, mais cela ne m'intéresse pas. En rural cela doit être intéressant.

- E-valise : Oui, cela m'intéresse.

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Oui, la notion d'inter consultation à distance est intéressante dans le plan du patient. Pour le patient, il n'a pas besoin de se déplacer, un contact rapide pour régler un problème en peu de temps, éviter d'aller aux urgences.

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Meilleur suivi du patient

Réassurance patient et médecin

Rapide et pratique

Peut diminuer les déplacements

Diminuer la gestion du non programmé – urgences ressenties

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, deshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

L'utilisation sauvage de la santé par les patients sous les effets conjugués des médias et des GAFAs. Donc l'e-santé non régulée. Si elle est non filtrée et non régulée, on va avoir une réaction du corps médicale assez importante.

L'état à son rôle à jouer et des institutionnels là-dedans de façon assez majeure.

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Une partie de l'aigu simple, le suivi de pathologies chroniques et poly pathologies chroniques (plan de soin).

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Techniquement rapide, facile d'utilisation et fluidité

Il faut que les patients en face aient accès à la même technologie.

Pas de barrière de langage

Pas de barrière de précarité

Je préférerais connaître mon patient pour le faire.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Fin de matinée, début d'après-midi ou fin de journée (gens qui rentrent du travail), des moments dédiés. 30 minutes par exemple.

Pas chez moi sur jours off.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Oui je pense, ça doit éviter des consultations ou des visites, et cela réassure le patient, aux heures d'ouverture à divers moyens, avec réponse dans la journée, cela diminue le stress et lui permet une prise en charge personnelle plus importante.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémedecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Plutôt forfaitaire, ça évite aussi les contraintes administratives.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Oui, sans problème sauf ceux qui ont des difficultés de langage, la culture et la manipulation des technologies pour des populations précaires etc...

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Plus court, voire beaucoup plus court. Cela doit répondre à un objectif, un seul problème à régler.

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Non, pas du tout, cela ne remplace pas la consultation

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Oui, la régulation en ce sens existe déjà.

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Il est flou, la responsabilité est déjà engagée. Là où cela peut poser problème est d'utiliser un outil de télémedecine quand une consultation classique était nécessaire. Il serait inadéquat par rapport au problème du patient, il ne faut pas remplacer.

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Rien ne change. Le problème serait l'utilisation de données contre quelqu'un, dans le cadre des entreprises par exemple. On pourrait voir de la transparence. Il est d'avoir une réglementation des lois qui protègent vraiment les patients par rapport à leur santé

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Oui, cela peut arriver mais il faut considérer cela avec une graduation, mais si on considère que l'on ne peut pas répondre correctement, on fait une visio-conférence ou une consultation physique.

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Oui, des outils simples, à la condition que le côté vidéo soit très bon. La photo est plus fiable au niveau qualité pour le moment.

Je ne pense pas que les plateformes sont une solution car c'est les patients qui décident. Il faut de la fluidité.

Une régulation médicale avec téléconsultation faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Non, car la connaissance du patient est sécurisante pour moi. On peut prendre de mauvaises décisions.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Les patients vont pousser pour la télémédecine, on est dans une société moderne où les nouvelles technologies, objets connectés et intérêt à la santé se développent. Les patients demandent une amélioration d'accès aux soins. Les institutionnels veulent utiliser de l'e-santé sécurisée partout mais c'est contradictoire.

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Oui, cela peut les améliorer, il y a un vrai manque de communication. La ville et l'hôpital doit s'organiser autour de l'e-santé

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

C'est bien, un complément de tâche, reconnaître leur rôle majeur. Cela peut changer les relations interprofessionnelles

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Ça restera rare à mon sens mais ça peut être intéressant, surtout dans des zones « grises », pas encore dans l'urgence mais on a besoin de régler les choses avec l'avis d'un spécialiste

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

On en fait déjà, on n'est pas assez en lien, manque de fluidité. Ça peut être extrêmement court. La problème est d'avoir le professionnel au bon moment

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

De toute façon, pas de changement de responsabilité.

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Oui, cela me dérangerait, sur un patient connu il y a un gain de temps par exemple. Le problème de la plateforme et d'un spécialiste que l'on ne connaît pas, il y a vite du formatage je pense, l'apport est plus pauvre. Pour moi la solution est assez simple, il faut que cela soit dans les mœurs, on les dérange assez peu, il faut que l'on sache à quel moment on peut le faire. Soit on fonctionne entre nous avec des mobiles professionnels pour les photos / SMS.

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Cardio (chroniques), gériatrie, dermato

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Plutôt hospitaliers

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

- 1) Téléassistance
- 2) Téléconsultation
- 3) Téléexpertise

Pensez-vous que la téléconsultation/télémédecine fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui, sans problème

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Oui

ANNEXE N°3

ENTRETIEN DR FARCY EMMANUELLE

1) Renseignements généraux

Emmanuelle FARCY

Médecin généraliste

46 ans

Femme

Aisance informatique **faible**

Informatisation du cabinet : **2013**

Année d'installation aux Mureaux : **2006**

Age de votre patientèle : **45 ans et poly-pathologies, beaucoup de chronique et beaucoup d'aigu (urgences etc...)**

Autre activité annexe ? **Non**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Oui, des sites Web dédiés aux avis médicaux, réponse médicale via Webcam.

Éléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Je n'ai pas de définition précise sur la téléconsultation, je ne sais pas si cela concerne mes patients ou non, via quel support ? De chez soi ou dans un cadre médical ?

Est-ce flou dans votre tête ?

Oui c'est assez flou

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Non je n'en ai pas peur mais il faut faire attention à la protection des données médicales, recueil du consentement du patient, transparence.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Oui, tout à fait

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Oui, c'est une des solutions mais pas seulement.

Oui, je pense que la politique du gouvernement est une bonne chose sur le développement de la télémédecine.

Oui au niveau des économies mais pour les transports sanitaires. Oui pour limiter les hospitalisations aussi s'il y a un bon suivi. Non pour les économies pour le cout global de la médecine car cela doit être au même niveau de tarif qu'une consultation normale.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non, clairement non, jamais été informée.

Éléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Oui, je pense qu'on en fait tous mais sans le savoir, mais non côté. Je pratique de la régulation médicale dans le sens où je leur explique que s'ils ne vont pas mieux ils doivent aller aux urgences par exemple.

Je fais de la téléassistance (via les IDE, avis sur la glycémie, pathologies etc...)

Je fais de la téléexpertise, par téléphone ou par mail.

J'utilise les mails (avis sur les résultats biologiques mail) et le téléphone, pas de SMS, pas de fax

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Non, ce n'était pas par manque de disponibilité, pour rendre service au patient et répondre au mieux à sa demande. C'est du temps pris sur ma consultation.

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Oui, elle était subie dans le sens où ce n'était pas un temps dédié à cela, c'était entre deux consultations. Itératif aussi, assez régulièrement.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui, aucun problème

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Non je ne le savais pas

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Oui cela m'intéresserait d'être formée.

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : **Oui** cela m'intéresse. Il faudrait un filtre pour ne pas avoir d'alertes en continue à chaque changement de variable. Tout dépend aussi qui prend en charge l'investissement des objets connectés. J'ai une inquiétude sur la possibilité pour les concepteurs des logiciels d'avoir accès aux données.

- Teleexpertise et domoplaie : **Oui**, cela m'intéresse notamment pour les diabétiques

- Valises télémédecine en EHPAD : Je n'y travaille pas mais pourquoi pas, **oui**, cela pourrait m'intéresser si c'était le cas.

- Cabine de télémédecine : Non je ne connaissais pas mais **oui** cela peut m'intéresser

- E-valise : Oui, cela m'intéresse

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Oui, c'est intéressant pour la médecine générale et pour les patients.

Cela permet un avis rapide, qu'ils évitent de se déplacer et d'attendre en salle d'attente.

Augmentation de la qualité de vie du patient.

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, deshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

- Absence d'examen clinique pour certaines pathologies, interrogatoire doit pallier à l'absence d'examen clinique
- Accessibilité des données
- Manque de formation – besoin formation spécifique
- Problèmes techniques
- Manque d'encadrement juridique
- Peur de l'erreur

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

- Travailler de chez soi
- Moins de perte de temps en télémédecine qu'en visite à domicile – temps d'économie des transports
- Plus de fluidité – temps d'examen clinique
- Rapidité
- Moins de délai qu'une consultation physique
- Meilleur accès aux soins
- Meilleur suivi pour certains
- Moins d'isolement de certains patients
- Gain de temps au niveau du déplacement et des visites à domicile

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Toutes pathologies selon moi

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Pas forcément mon patient, je pourrais en faire avec un autre

Rapide et pratique

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

A quel moment de la journée : Chez moi ou au cabinet médical.

Sur les jours au cabinet : Pendant mes heures de consultation. Je ne veux pas de travail supplémentaire dans ma journée de travail. Terminer 1h plus tôt le soir par exemple et faire de la télémédecine (ce que je fais déjà en fin de journée sans le savoir en recontactant certains patients pour des biologies par exemple)

Chez moi : 1h ou 2h sur mes jours OFF, à domicile.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Oui cela me ferait gagner du temps pour moi et surtout pour le patient, pour éviter qu'il revienne en salle d'attente etc...

A voir pour le déchargement des petites pathologies.

Pour l'instant la télémédecine non rémunérée que je fais me fait perdre du temps mais si elle était intégrée à mon temps de travail, **oui** cela me ferait gagner du temps.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémédecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Autant qu'une consultation – C. Les forfaits ne m'intéresseraient pas, je trouve qu'à l'acte serait plus intéressant ou tout le système d'organisation de la santé serait à revoir.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Oui, cela les arrangerait, je ne me déplace que pour les patients très handicapés. Cela peut être très utile pour certains patients (ex lumbago)

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Un peu plus court dans l'absolu

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Avec mes propres patients, cela ne change rien

Par rapport à quelqu'un que je ne connais pas, il faudrait un temps d'adaptation

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Oui

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Cela pour moi permet de poser un cadre, le travail doit être bien fait, c'est une assurance pour nous et le patient.

Cela clarifierait la situation. Le patient pourrait se retourner contre nous.

Il y aura une rigueur requise dans le contenu de l'information

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Je ferais de la télémédecine à la condition que le secret médical soit bien gardé et que les données ne soient pas accessibles.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Il faut pour moi qu'il y ait une formation médicale préalable, pour notamment acquérir des automatismes.

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Soit l'un soit l'autre, tant que c'est sécurisé

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Oui

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

J'aimerais qu'un examen clinique à distance soit possible dans certains cas (dans le futur) – via objets connectés (main artificielle par ex)

Recueillir le consentement du patient

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Oui, la communication pourrait être améliorée

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Cela existe déjà, nous avons un ECG connecté à une plateforme de cardiologue qui répondait instantanément par exemple

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Oui, cela m'intéresse dans ce cadre

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

Cela m'intéresse

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

Il ne faut pas que les responsabilités soient partagées, si je demande l'avis d'un spécialiste c'est pour que son expertise soit reconnue donc la responsabilité lui impute.

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Non, cela ne me dérange pas, l'important c'est qu'il soit expert dans son domaine, avoir une réponse à une question donnée.

Dans chaque spécialité, nous n'avons pas qu'un seul correspondant la plupart du temps. Que cela soit en télémedecine ou consultation traditionnelle, cela ne change rien.

Avec quelles specialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Endocrinologue, dermatologue, ohtalmologue

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Hospitalier ou libéral, pourquoi pas, pas de préférence

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes)

C'est de faire de la télémedecine de chez moi qui m'intéresse le plus, je trouve que cela donne une liberté d'emploi du temps, je trouverai ça fantastique.

Dans l'ordre : téléconsultation à domicile, téléexpertise, téléassistance et régulation médicale dans une MSP

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui, je pense

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Oui

Annexe N°4

ENTRETIEN DR TEYSSIER

1) Renseignements généraux

Dr Hery TEYSSIER

Médecin généraliste

28 ans

Homme

Aisance informatique **faible, moyenne, forte**

Informatisation du cabinet : **2006**

Année d'installation aux Mureaux : Remplacements aux Mureaux depuis Juillet **2016**

Age de votre patientèle : **35 ans et poly-pathologies, majoritairement de l'aigu, peu de chronique.**

Autre activité annexe ? **Non**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Non

Eléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Une consultation entre un médecin et un patient, pas ensemble dans la même pièce, avec un intermédiaire informatique (micro et caméra) et une transmission par internet

Est-ce flou dans votre tête ?

Non

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Non, cela ne me fait pas peur.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Oui, dans certains cas

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Pas uniquement, cela peut y participer. Au niveau de la politique du gouvernement, je pense que c'est pour se mettre à la page et essayer de faire des économies.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non, je ne suis pas assez informé, je n'ai vu qu'une seule fois un reportage TV dessus

Éléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

J'ai fait de la téléexpertise avec un avis dermatologique à distance en stage, on entrain des photos, un examen clinique et les ATCD et on attendait le résultat du spécialiste.

Téléassistance parfois avec l'appel d'infirmière qui était auprès de patients.

Téléconsultation : Par téléphone oui, surtout du téléconseil. J'ai rarement fait des prescriptions par téléphone en téléconsultation.

Au niveau des technologies, je n'utilise pas de fax ou de SMS. J'utilise des mails rarement.

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Manque de disponibilité et c'était pratique pour le patient, qui avait été vu récemment.

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Pas subie, je fais passer les gens au cabinet.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Non, pas terrible aux Mureaux

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Non, je ne le savais pas, j'en ai entendu vaguement parler.

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Oui, tout à fait.

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Je ne savais pas qu'on pouvait envoyer les données au médecin. Cela m'intéresse oui, je ne voudrais pas que cela soit trop intrusif par contre.

- Teleexpertise et domoplaie : Oui je connaissais et je trouve cela pratique.

- Valises télémédecine en EHPAD : Non, je ne connaissais pas mais cela ne m'intéresse pas, je préfère me déplacer.

- Cabine de télémédecine : Non je ne connaissais pas, j'ai des doutes sur l'efficacité mais pourquoi pas.

- E-valise :

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Plus de disponibilité du médecin

Moins de délai d'attente pour le patient

Pratique d'accès.

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, déshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

Absence de vision globale du patient, impression clinique moins bonne.

Déshumanisation.

Fiabilité des appareils techniques.

Barrière de la langue.

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Chronique déséquilibré, par exemple diabète.

Chronique équilibré, hypertension simple par exemple

Au niveau de l'aigu, plutôt des choses dermatologiques, je vois les choses moins facilement pour l'aigu. Beaucoup de choses nécessitent le contact direct pour moi (ex psychiatrie).

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Une bonne technique, fiable, fluide.

Je préférerais connaître le patient. Un patient qui l'accepte bien également.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Une demi-journée par semaine.

Plutôt le midi et éventuellement le soir après les consultations.

Possiblement je peux le faire chez moi tant que j'ai accès au dossier médical mais pas plus de 2h chez moi.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Oui, peut-être, pour certains patients qui n'ont pas pu se déplacer par exemple, mais aussi par un tri de patient.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémedecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Autant qu'une C. Oui je pourrais accepter une rémunération forfaitaire.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Non, je ne pense pas, barrière de la langue notamment.

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Un peu plus court, moins de manières d'usages.

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Je pense qu'il y aurait moins de confiance de la part du patient, sauf certains jeunes patients qui sont habitués à la technique. Moins d'empathie également.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Oui, cela pourrait être intéressant et si le moindre doute on peut l'envoyer aux urgences.

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Les responsabilités étant les mêmes, je ne suis pas inquiet, je limiterai mes actes en fonction du risque pris. Je pense que c'est aussi plus simple au patient de dire non en télémedecine qu'avec un patient de visu, sur une situation pas possible ou à ne pas réaliser en télémedecine.

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Il faut que les données soient sécurisées, il y a déjà beaucoup de problèmes avec l'internet en général. J'aurais peur des fuites de données.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

J'aurais peur qu'elles ne soient pas aussi justes, sans le toucher et l'examen physique.

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Pour moi il faut que ce soit une plateforme sécurisée et dédiée à cela.

Si les données étaient sécurisées, à voir, pourquoi pas, pour des applis simples.

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de role vous intéresserait-elle ?

Oui, je trouve que c'est une bonne idée.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Non

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Oui, je pense que cela pourrait être intéressant

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tache

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Oui, je pense que ça serait une bonne idée, ça lui éviterait de se déplacer.

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

Cela m'intéresse, je trouve cela pratique, c'est le meilleur pour le patient, il a à y gagner.

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Non, cela ne me dérangerait pas, je n'ai pas beaucoup de correspondants attirés.

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Dermatologie, diabéto, cardio et avis ECG, ophtalmo, les autres je pense qu'ils doivent voir les patients.

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Peut-importe, j'imagine qu'ils soient hospitaliers mais cela dépend des moyens mis en place.

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

Téléexpertise

Régulation médicale

Téléassistance

Puis téléconsultation

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Plutôt neutre, pas complètement contre parce qu'il faut voir ce que cela donne.

Annexe N°6

ENTRETIEN DR KESMARSZKY

1) Renseignements généraux

Dr KESMARSZKY

Médecin généraliste

63 ans

Homme

Aisance informatique **forte**

Informatisation du cabinet : **1984**

Année d'installation aux Mureaux : **1980**

Age de votre patientèle : **50 ans et poly-pathologies, beaucoup de chronique, peu d'aigu, de moins en moins d'enfants, ma patientèle vieillit avec moi.**

Autre activité annexe ? **Oui, je m'occupe d'une association de maintien à domicile en tant qu'informaticien – parc de 60 ordinateurs, j'y passe une journée par semaine ou je ne fais que ça, je m'occupe de l'installation et de la maintenance du cabinet médical également.**

J'ai par le passé créé une maison de garde avec un collègue le Dr AYME

Je m'occupais du centre 15 également

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Très vaguement.

Éléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Mon idée là-dessus est très vague, je n'en fais pas et je ne connais pas. Je ne donne pas mes coordonnées, je ne veux pas être embêté le week end etc... Parfois je les prends au téléphone, ce n'est pas de l'é-consultation pour moi et parfois abouti à une prescription.

Ils me demandent souvent des renouvellements ou un avis. Pour moi quand on les connaît bien et quand on a un dossier sur eux, on peut se permettre de leur faire une prescription ou si ça ne va pas on leur dit qu'ils viennent en consultation.

Est-ce flou dans votre tête ?

Oui, assez flou

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

J'en suis extrêmement frileux, les patients croient savoir des choses après avoir consulté internet. Le côté e-santé me fait donc un peu peur, car ce n'est pas contrôlé et dirigé. On peut lire sur des forums des choses aberrantes, cela fait paniquer les gens. L'absence d'humains me fait peur.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Cela doit être possible dans pas mal de cas mais si on les entend au téléphone, parfois il faut les faire venir au cabinet, ou leur faire une prescription quand c'est possible. Le gros défaut est pour moi que ce n'est pas rémunéré.

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Je pense que ça peut être une solution surtout pour les spécialistes isolés en milieu rural.

Au niveau politique, je n'ai rien contre le développement de la télémédecine, mais je suis contre le fait de créer des recommandations médicales aberrantes par des gens qui ne connaissent pas ou plus le terrain. Je pense qu'ils cherchent à faire principalement des économies, pour moi ce n'est pas pour les patients. Ils cherchent selon moi un moyen de faire voir plus de monde et plus rapidement.

Pour les transports, je fais 6-7 visites par jour, je me déplace pour 10 euros et un VSL est beaucoup plus cher, on n'arrête pas de faire des bons de transport en série pour des paramédicaux, des spécialistes médicaux etc...

Les certificats médicaux de tout type notamment MDPH m'insupportent également.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Pas vraiment mais je ne cherche pas plus d'informations non plus.

Éléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Téléconsultation : Très rarement je scanne mon ordonnance et je leur envoie par mail via le mail des secrétaires ou le mien quand ce sont mes proches.

J'utilise des fax, surtout quand les gens sont relativement loin, ils ont le fax de la pharmacie à distance et on leur envoie.

Je n'utilise que peu de mails et parfois le téléphone.

Je peux être amené par exemple à refaire une ordonnance d'anti inflammatoire pour un lumbago chez quelqu'un que j'ai déjà vu.

Téléassistance : Les spécialistes de ville sont rarement joignables de nos jours. Quand on a besoin d'un avis, il faut vraiment s'y prendre à l'avance...sauf quand on a leur numéro de portable quand on les connaît bien. Ça arrive mais ce n'est pas fréquent.

Télé expertise : J'en fais assez rarement mais ce n'est pas rémunéré. Je préfère les envoyer directement voir le spécialiste. La plupart du temps quand j'appelle le spécialiste, c'est les Urgences D'Evécquemont (car les seuls joignables) pour avoir un avis immédiat. Mais 9 fois sur 10 j'envoie le patient directement sans avis.

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Oui, surtout par manque de disponibilité. Je suis parfois amené à faire des ordonnances pour des hypnotiques par exemple sans dates, car je ne peux pas me permettre de les faire revenir tous les mois en consultation classique. Je ne vois les chroniques que tous les 6 mois par manque de disponibilité également.

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Assez subie et fréquente, c'est surtout pour rendre service au patient.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui, pour ce qu'on fait sur internet cela passe, mais si on devait faire de la vidéo-conférence à 4, il y aurait un goulet d'étranglement. Nous n'avons de toute façon pas l'équipement au cabinet.

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

J'en ai entendu parler vaguement mais je ne connais pas les détails. Je trouve que dans certains territoires en désert médical de spécialistes cela peut-être intéressant, bien plus que chez nous aux Mureaux avec l'hôpital de Meulan à 3 km, même si l'hôpital se « désertifie » également, sous la volonté des politiques, par souci d'économies.

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Honnêtement, pour le moment non. A la limite si je suis à la retraite et que je veux continuer un peu, pourquoi pas.

Techniquement cela m'intéresse mais dans la pratique, je suis partagé.

3) A partir d'exemples précis : Aviez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

Nous avons participé à un projet avec surveillance glycémie, tension, détection de chute, qui permettait d'être connectés. Je ne prescris qu'un lecteur de glycémie infrarouge ACCU-CHEK ou je récupère les données sur mon ordinateur en consultation. Mes patients ne savent pas bien remplir leurs carnets de glycémie etc. Ce n'est pas du live dans mon logiciel mais ça me permet de les récupérer à posteriori. Le tensiomètre sécurité sociale est compliqué et leur logiciel également pour la récupération de donnée.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Oui c'est intéressant. Effectivement je préférerais donner mon avis sur les constantes des patients plutôt que les pharmaciens donnent leur avis au patient, il ne me plait pas toujours. Les infirmières c'est pareil. Qu'il y ait des alertes, c'est intéressant, genre hypoglycémies etc. Les excès sont envoyés par le labo par fax etc pour la biologie. La télétransmission par apicrypt est bien mais nous n'avons pas les alertes. Je n'ai pas envie de passer 20 mins à regarder des résultats gratuitement.

- Teleexpertise et domoplaie : C'est intéressant. On le fait avec les infirmières en téléassistance avec les photos. C'est pratique mais s'il y avait un dermatologue qui donne son avis d'expert en plus quand on sèche, cela peut être intéressant.

- Valises télémédecine en EHPAD : Mes patients suivis en EHPAD sont les anciens en ville. Je ne prends pas de nouveaux en EHPAD. On ne va pas y aller pour une rhinopharyngite. Les paramédicaux sur place savent trier en général et savent nous appeler quand c'est vraiment nécessaire.

- Cabine de télémédecine : C'est pas adapté à la population des Mureaux mais cela pourrait être intéressant...surtout en campagne avec difficulté accès aux spécialistes, mais ici aux Mureaux, problème de traduction surtout.

- E-valise :

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, deshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

- Manque de rémunération officielle
- Vrais actes, responsabilité engagée, pas encadrée correctement pour le moment
- Fiabilité technique de la part des plateformes – logiciels ARS etc... - multi-interface nécessaire
- Au niveau responsabilité sans avoir la personne en face de soi, je m'interroge également. Cela m'a toujours hanté de passer à coter de quelque chose. Ça arrive d'avoir des soucis la nuit pour dormir. En télémédecine je m'interroge.
- Manque d'examen clinique parfois

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

- Rémunération du temps médical non payé

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

- Petites pathologies, par exemple gastro, cystites, récupération d'un arrêt de travail pas forcément à voir en consultation avec examen physique. Mais comment faire pour certaines pathologies ? Angine par exemple ?
- C'est difficile de connaître la pathologie avant de voir le patient, difficile même avec liste de pathologies conseillée ou non de voir en téléconsultation.

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

- Un patient que je connais
- Que cela soit inscrit dans les contrats d'assurance. Les pathologies que l'on fait déjà en téléconsultation parfois (cystite) la responsabilité hante.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Au cabinet médical seulement, pas chez moi. Au niveau de la durée difficile à dire...nos journées sont déjà pleines, il faudrait le faire en plus ? Je trouve qu'il y a beaucoup de consultations inutiles. Le problème c'est que 9 fois sur 10 pour les chroniques par exemple, ils nous expliquent qu'il y a une chose à regarder en plus. C'est peut-être difficile à gérer en télémédecine. En cabine de télémédecine encore à la limite pourquoi pas, mais il faut voir avec l'expérience.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Je ne sais pas trop. Pour le tri de patient, c'est intéressant. Un confrère par exemple prend lui-même les visites à domicile par téléphone et c'est lui qui fait le tri. Il n'y a que l'expérience qui pourra nous dire.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémédecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Idem à une consultation. La responsabilité serait la même donc il n'y a pas de raison. Il faudrait un lecteur de carte bleue à distance ou alors le tiers payant. Pas de peur de contrainte non. Je suis à 80-85% de tiers payant. Au moins sur la part sécu, au moins je ne perds pas tout.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Oui, ceux qui demandent des ordonnances par téléphone etc ...en tout cas. Les immigrés préféreraient les consultations classiques par contre je pense. Ils n'aiment pas le principe du rendez-vous et je pense que c'est culturel.

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Idem mais je me demande si ça ne deviendra pas plus long. On peut gagner sur le temps d'examen physique en moins.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Oui, c'est de la régulation médicale, mais c'est ce qui est fait au 15 déjà.

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

J'ai du mal à croire encore au secret médical, on fait des certificats MDPH rendus publics, on fait des certificats aux assurances pour les prêts.

J'aimerais que les données ne soient pas consultables facilement.

Ce qui me gêne le plus sont la récupération des données par les assureurs.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Est-ce que la sécurisation des données est absolument nécessaire ? Je n'y crois pas trop, cela impose des logiciels spéciaux, alors dans la pratique je voudrais pouvoir utiliser des logiciels simples.

Pour moi si on veut obtenir les informations médicales, on y arrive bien souvent.

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télé médecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Oui, cela m'intéresse beaucoup

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Non

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Moins d'isolement des paramédicaux, on s'entend mieux, ils savent que je suis joignable, ils nous appellent si besoin ils ont nos coordonnées.

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Oui, on le fait déjà avec les photos par exemple

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

C'est intéressant oui

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

Oui ça peut m'intéresser

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Non, au pire je fais comme avant.

Avec quel spécialiste ?

Surtout la dermatologie, cardiologue par ex aussi connectés à un ECG pour avis.

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Les deux mais j'ai peu d'espoir pour joindre un médecin hospitalier

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

La régulation médicale avec la gestion des consultations « inutiles » me semble indispensable et m'intéresse le plus

La téléconsultation, pourquoi pas

La téléexpertise ne m'intéresse pas pour le moment sauf pour quelques spécialités, cela va prendre trop de temps pour moi sauf si c'était fait pour que tout soit très fluide.

Je voudrais une vraie connexion entre les différents intervenants et un DMP. Que l'on puisse mettre des mots dans les dossiers des patients. Notamment les kinés, on a jamais de transmissions de leur part.

La télésurveillance peut-être intéressante aussi (pace maker connectés par ex)

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui, mais il faut une solution simple et techniquement faisable.

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Oui

Annexe N°7

ENTRETIEN DR MAHUT

1) Renseignements généraux

Dr MAHUT Sophie

Médecin généraliste

31 ans

Femme

Aisance informatique **moyenne**

Informatisation du cabinet : **2013**

Année d'installation aux Mureaux : **2017**

Age de votre patientèle : **50 ans et poly-pathologies, beaucoup de chronique, peu d'aigu**

Autre activité annexe ? **Non**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Non

Eléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

J'imagine cela sur internet, via chat, en sachant que le patient pose une question et le médecin lui réponds. J'imagine cela par chat ou par visio-conférence.

Est-ce flou dans votre tête ?

C'est flou mais cela m'intéresse

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Son fonctionnement me paraît étrange, non cela ne me fait pas « peur ». Il faut que cela soit bien encadré.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Dans une certaine limite, sur de la prévention ou des conseils, mais sinon pour moi pour de l'aigu ou de la pathologie, non, si je pouvais choisir je n'en ferais pas.

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Partiellement, surtout sur les délais, qui ferait un accès aux soins plus rapide. Je ne pense pas que cela soit une solution sur un vrai désert médical car les gens auront besoin de voir un vrai médecin physiquement.

Sur la politique du gouvernement, j'aurais tendance à penser que c'est une façon pour eux de répondre à la demande médicale en évitant de former de nouveaux médecins. J'aurais tendance à penser que cela serait d'abord pour les économies réalisées puis ensuite pour l'accès aux soins des patients.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non

Éléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Téléconsultations : Oui mais sans faire de prescription dans la majorité des cas, plutôt des conseils médicaux (pédiatrie).

Téléassistance : Non

Téléexpertise : Oui, cela m'arrive

Au niveau des nouvelles technologies au niveau pro : pas de mails, pas de fax (sauf labo),

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Manque de disponibilité, si j'ai des gens au téléphone c'est que je n'ai plus de place et que j'estime que je peux le faire au téléphone.

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Non subie

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Pas de soucis oui

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Non je ne savais pas

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Oui mais je ne serais pas précurseur, j'attendrai assez longtemps de voir comment cela marche avant de me former.

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Je connais oui et cela peut m'intéresser.

- Teleexpertise et domoplaie : Oui j'en ai entendu parler et je trouve ça intéressant.
- Valises télémédecine en EHPAD : Je ne connaissais pas, mais cela ne m'intéresse pas, je préfère me déplacer pour un patient en EHPAD, cela ne serait pas un critère pour accepter un patient en EHPAD.
- Cabine de télémédecine : Je ne connaissais pas, mais cela ne m'intéresse pas non plus.
- E-valise :

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Pour moi, médecin, je ne vois pas l'intérêt, mais pour les patients oui. Je trouve aussi un avantage pour les gens qui travaillent, d'avoir accès à certaines heures de consultation.

J'y vois également un intérêt pour une réassurance des patients et notamment une réponse d'expert médical sans passer par des forums où l'information est de moins bonne qualité.

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défaillante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, deshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

Deshumanisation, besoin de contact humain.

Peur de commettre une erreur

Manque de formation

Obstacle psychologique

Contact humain moins facile, j'aurais peur que les gens se lachent moins devant une caméra pour raconter leurs problèmes.

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Pathologies chroniques bien équilibrées

Pathologies aiguës simples, mais la plupart du temps ils ne consultent pas.

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Facile à comprendre, quelque chose de rapide

Pas forcément un patient que je connais.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Environ 30 mins par jour (ce que je fais environ par téléphone). Plutôt en fin de matinée pour laisser aux gens le matin de s'apercevoir de leurs problèmes, voire en fin de journée.

Non pas sur mes jours off, je m'occupe de mes enfants, trop compliqué.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Non je ne pense pas. Il y a déjà une régulation forte au niveau du secrétariat. Ça serait vraiment pour arranger les patients. Il y a de moins en moins de consultations inutiles.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémédecine déjà pratiquée ? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Autant qu'une C, ou au prorata du temps. Des forfaits pourraient m'intéresser.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Non je n'ai pas ce sentiment

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

J'imagine cela plus court car je mettrai des choses plus simples, et sans l'examen physique.

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Pas forcément au niveau de la confiance, sur l'empathie et communication verbale oui elle peut être modifiée et j'ai peur que le patient soit plus consumériste.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Oui

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Oui, cela amène des craintes, erreurs d'évaluation, peur de faire une erreur, comment sera-t-on assuré ?

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Qu'il serait moins bien respecté, il faut que je sois tranquille dans une pièce où personne ne passe et idem pour le patient, il faudrait qu'il soit isolé. Et peur de la fuite des données par piratage également.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Pour l'instant il y a un manque de formation, on ne saurait pas quoi traiter en téléconsultation

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Je pense que les services publics sont mal placés pour créer ces plateformes, je préfère des outils simples style WhatsApp ou Skype mais en étant sûrs pour les données.

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Non, cela ne m'intéresse pas, je ne pourrais pas passer une matinée entière à être au téléphone.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Non

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Oui cela peut créer plus de liens

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Oui, je pourrais faire cela.

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

On en fait déjà de façon informelle, cela m'intéresse.

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

Oui mais cela reste vrai tout le temps, que l'on envoie le patient aux urgences ou qu'on l'envoie au spécialiste de ville classique.

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Non, ce n'est pas quelque chose qui me dérangerait.

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

La dermato, cardio et les ECG notamment (avis), pneumologue dans le cadre de la MSP avec interprétation EFR par exemple

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Peut être important tant qu'ils sont disponibles

Conclusion

Que vous intéresse-t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

Téléexpertise

Régulation médicale

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Non je ne le suis pas, je pense que c'est indispensable comme évolution.

Annexe N°8

ENTRETIEN DR SEVERINE STEENKISTE

1) Renseignements généraux

Séverine STEENKISTE

Médecin généraliste remplaçante

28 ans

Femme

Aisance informatique **importante**

Début de remplacement aux Mureaux : **Novembre 2016**

Age de votre patientèle : **45 ans et poly-pathologies, beaucoup de chronique, peu d'aigu**

Autre activité annexe ? **Non**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Non, pas entendu parler – pas d'exemple

Éléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

« Pour moi une téléconsultation est de pouvoir consulter à distance dans son cabinet une patient qui ne s'y trouve pas physiquement via téléphone, ordinateur ou visio-conférence

Est-ce flou dans votre tête ?

Oui ma vision des choses est assez précise là dessus, ce n'est pas flou dans ma tête mais je ne visualise pas tout ce qu'on peut en faire.

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Non je n'ai pas de crainte particulière mais par contre il est nécessaire pour moi de bien notifier dans quel contexte cela peut être intéressant. Et de bien poser les avantages et les inconvénients. Je pense que ça peut être très utile dans certains cas mais qu'il faut s'en méfier de certaines choses. Mais si on a bien ciblé ce qu'on peut en attendre, quelle population cible, cela peut apporter quelque chose.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Oui, c'est possible, en définissant bien le contexte.

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Non, cela peut représenter un « plus » dans certains cas mais cela ne peut à mon sens pas remplacer. On ne peut pas se permettre pour moi de penser que ça peut solutionner la désertification médicale. En l'état actuel des choses en tout cas, n'étant même pas mis en place pour le moment.

Dans les zones rurales, je pense qu'une téléconsultation de dermatologie par exemple peut beaucoup aider mais pas en médecine générale.

Cela peut quand même à mon sens participer à améliorer la couverture des soins mais ne peut en aucun cas remplacer.

Je pense plus que ça représente un gain de temps qu'un gain financier. Concrètement, même les médecins qui font des visites à domicile – ils ne sont pas pour moi très loins de leurs patients.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non je ne suis pas assez informée sur ce mode d'exercice, j'ai quelques notions par ci par là mais je pense que si on faisait un sondage chez les médecins, beaucoup savent où cela se met en place en ce moment. Je n'aurais pas su dire que depuis 2010 c'est légal par exemple.

Eléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails)

Non. Cela m'arrive de donner un conseil par téléphone et de finir mes consultations par téléphone également, c'est-à-dire de dire aux patients que je réfléchis sur leur cas et je les rappelle après avis d'un éventuel confrère par exemple avant de me prononcer.

Je n'ai pas de portable professionnel, je n'envoie donc pas de SMS aux patients. Je n'utilise pas non plus de fax, à la pharmacie non plus. Je n'ai pas de messagerie pro non plus. Je pense que s'ils ont mon mail et sms, je n'ai pas envie d'être embêtée pour un oui, pour un non. J'aime bien séparer vie privée, vie professionnelle. Je ne veux pas que les patients puissent me contacter dès qu'ils ont le moindre petit souci. Les patients ont pour moi besoin de limites, c'est la porte ouverte. On peut être aussi condamnée si on ne répond pas à leur sollicitation, il faut être bien carré là-dessus, au

niveau législatif il faut que les choses soient claires. Pour moi les gens ne sont pas responsables, ils ne savent pas s'auto-réguler et j'ai peur de me faire inonder. C'est pour ça que je préfère les appeler plutôt qu'eux. Ils peuvent joindre la secrétaire qui filtrera l'appel par contre.

Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Au téléphone, rappel de gens. Pas forcément de manque de disponibilité, rajout d'une chose à laquelle j'ai pensé par la suite. Rappel après avis par téléexpertise. Je manque aussi parfois de confiance en moi et je sollicite mes confrères qui ont plus d'expérience avant de rappeler éventuellement un patient. Parfois j'appel aussi pour prendre des nouvelles d'un patient qui était malade par exemple (petit qui avait une forte fièvre)

Forme ? (matériel, mails ordonnance, fax)

Ordonnance physique déposée à la secrétaire (oubli lors de la consultation pour plusieurs motifs par exemple).

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Elle n'est pas subie car mes secrétaires au Mureaux sont parfaites et c'est toujours pertinent quand elles me dérangent. Je travaille dans un autre cabinet et les secrétaires ne sont pas un filtre et on se fait déranger à n'importe quel moment, sans savoir pourquoi le patient appel, ni le nom du patient etc, et là c'est subi et oppressant.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui aux Mureaux

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

J'avais entendu des choses pour les spécialistes dans les zones rurales, je ne savais pas qu'en médecine générale il y avait des choses en test. Plutôt désert médicaux et spécialités.

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Avoir accès à une formation pourrait m'intéresser, cela n'engage à rien, je suis plutôt ouverte à ça oui.

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées : **Non** je ne connais pas, ça ne m'intéresse pas, ce ne sont pas pour moi les données les plus pertinentes, **non**.

- Teleexpertise et domoplaie : **Oui**, je ne connaissais pas mais **oui** cela m'intéresserait.

- Valises télémédecine en EHPAD : **Oui** cela m'intéresse, cela peut faire à mon sens gagner beaucoup de temps mais je n'ai jamais consulté en EHPAD.

- Cabine de télémédecine : **Non**, cela ne m'intéresse pas, en Ile de France je ne vois pas l'intérêt, cela pourrait être pertinent que si le médecin est vraiment très difficile d'accès, le cout serait à mon sens trop important, c'est encore une fois pour moi peut-être plus intéressant pour les spécialistes en zone rurale, cela manque d'évaluation à mon sens.

- Applications smartphone – withings, fitbit. **Oui**, les automesures de tensions me semble pertinentes et la surveillance du poids également, genre pour l'insuffisance cardiaque.

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, interet pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, reassurance, communication avec patient)

Oui, c'est intéressant, on est dans une société où le temps est précieux, et ça peut leur permettre d'en gagner, on peut prendre rdv à l'heure qui nous arrange. On doit tout rentabiliser de nos jours et ça pourrait être un moyen pour les patients. Ils peuvent être chez eux plutôt qu'en salle d'attente. On peut imaginer que d'un point de vue **praticité** ils soient aussi plus ponctuels, la place de parking n'étant pas à chercher par exemple...

Freins (manque de maitrise technique, isolement du patient, technique défaillante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, déhumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur)

Peur du **problème technique**, il faut une connexion fiable des deux côtés et des images **précises**.

Peur que les gens soient chez eux et qu'ils ne se rendent pas compte du sérieux de la consultation, j'ai peur qu'ils se lâchent au niveau du comportement, que le recadrage des gens à distance soit plus difficile.

Il y a également la barrière du langage notamment aux Mureaux, j'ai peur qu'en vrai cela soit plus facile de se comprendre, ou pour les personnes âgées.

Il y a également tout le langage non verbal qui n'est pas présent, j'aime bien regarder le patient dans son ensemble, la vision globale, les traits de visage et mimiques du patient qu'on ne peut pas observer. Dans certains cas, cela peut être un manque.

La distance pour parler par contre ne me dérange pas, je suis la même au téléphone que dans la vraie vie. Les hommes ont parfois plus de mal au téléphone par exemple je trouve que dans la vraie vie.

Un autre frein pour moi peut être la confidentialité, si cela se démocratise un peu trop, j'ai peur qu'il y ait des choses que l'on n'ose pas dire quand un membre de sa famille peut être à côté lors de la téléconsultation.

Autre frein possible, c'est de faire une erreur, tout le monde doit avoir cette crainte, c'est pour ça qu'il faut bien cadrer les choses, tout l'intérêt pour moi est de ne pas hésiter de revoir le patient, le prévenir que s'il a besoin il doit reconsulter. Si le patient est bien informé, normalement cela se passe bien

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Gain de **temps**, moins de freins du patient à aller voir le médecin car sont chez eux. Je pense que cela permettrait également un **meilleur suivi** également, par exemple notamment chez certains types de patients réfractaires (hommes de 50 ans par ex), un meilleur lien et communication avec le patient. Une continuité des soins meilleure également, pour réévaluer un patient par exemple, les médecins étant surchargés, et parfois difficultés de revenir pour le patient.

Pour réévaluer certains patients à domicile cela peut représenter pour moi un gros avantage, une visite à domicile fait perdre beaucoup de temps, ce n'est pas rentable.

Cela peut être un avantage aussi de débrouiller qui nécessite une consultation et les gens qui peuvent être vus en téléconsultation et prioriser.

Il n'y a pas forcément besoin d'examen clinique systématique à mon sens, si un patient est vu régulièrement.

Rémunération de beaucoup d'actes gratuits faits actuellement – beaucoup de paperasse et de temps médical non rémunéré.

Possibilité de faciliter l'accès aux soins notamment via la confidentialité avec les adolescents, sans forcément leurs parents.

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Caractéristiques : Un patient que je connais bien, des gens cortiqués, à l'aise avec l'informatique, pas de barrière de langage. Il faut une bonne technique, un bon état d'esprit du patient, rapide, facile d'accès.

Pathologies : Ça peut être un renouvellement d'un chronique simple bien équilibré, évidemment pas toutes les consultations, parfois on le voit en vrai et parfois on peut le voir en téléconsultation.

Même une rhino simple peut se voir en téléconsultation. Typiquement les actifs qui n'ont pas le temps d'aller voir le médecin et qui veulent un traitement de cheval et qui ne peuvent pas louper une journée, je trouve cela bien. Les gastro aussi.

Pour les dépressions, j'aurais tendance à vouloir qu'ils sortent du cabinet car parfois isolés, mais ceux dont on sait qu'ils sortent pourquoi pas.

Souvent pour réévaluer les choses on a besoin de savoir en 3 minutes comment cela évolue, on n'a pas besoin de forcément voir de visu son patient.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Entre 30 minutes et 1h environ. Je ne vais pas prendre en téléconsultation une maman avec 4 enfants à la maison qui n'arrive pas à les gérer au sein même du cabinet médical par exemple. Il est clair que cela ne représenterait pas énormément de ma patientèle. Tout dépend du milieu social des patients également.

Pour moi l'intérêt d'une téléconsultation est quand cela arrange le patient, il n'y a pas de créneau précis pour moi, cela peut être le matin avant les consultations, le midi, entre 2 consultations.

Non je ne ferais pas de téléconsultation sur mes jours off, je pars du principe qu'il faut séparer vie privée et professionnel, j'aurais peur du burn-out, ne jamais quitter la tête du travail. Et de mon côté, il faut rester totalement concentré, si nos enfants nous dérangent dans notre téléconsultation cela peut être handicapant. On peut faire plus d'erreurs, penser à autre chose etc...Je pense que ce n'est pas pareil que comme du télétravail de « cadre classique », sauf exception de se rassurer pour voir une évolution d'un patient.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Je ne suis pas sûre, on arrive à aller vite si on est bien organisés au cabinet, je pense que c'est un gain de temps surtout pour le patient. Pour certains renouvellements cela peut être rapide. Peut-être qu'ils comprendraient qu'il n'y ait qu'un seul motif de consultation et qu'ils ne dérivent pas, et dans ce sens cela peut aider.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télé médecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Ça doit être le même prix qu'une consultation pour moi, et symboliquement ça serait considéré comme une consultation au rabais. Ce ne serait pas plus sauf si on s'apercevais que c'était très compliqué.

Non je ne veux pas d'un forfait, je préfère à l'acte.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Oui pour certains.

Quelle durée pour une téléconsultation (plus longue, plus courte, idem)

Je pense que ça peut-être le même temps mais globalement ça doit être un peu plus court, si c'est bien ciblé évidemment.

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Non elle ne serait pas modifiée pour moi, je suis très naturelle au téléphone, certains sont peut-être plus secs ou autre au téléphone mais ce n'est pas mon cas.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Personnellement non, tout dépend de la personnalité du médecin, je suis assez trouillarde, je suis sûre que certains médecins pourraient faire cela.

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Je ne connais pas le cadre juridique actuel mais je rempli très bien mon dossier médical, je n'ai pas de crainte par rapport à cela, je rempli même quand je répons au téléphone une infirmation dans le dossier médical.

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Oui, il y a toujours ce risque, mais cela peut améliorer sur certains points l'accessibilité aux soins, notamment je pense aux adolescents.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Elles restent identiques pour moi, il y aura toujours des cas particuliers mais si j'ai un doute je leur dirais de revenir en consultation

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé ?

Je n'ai pas envie d'être accusée qu'on récupère mes données mais dans cette société procédurale, ce n'est pas possible via Skype et Whats'App même si je préférerais utiliser ces logiciels.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Non, je pense qu'on a fait le tour

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Oui, dès qu'il y a plus de contacts, on va forcément améliorer les relations, ce n'est pas le meilleur moyen pour moi mais cela peut être un des moyen.

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Oui, d'un point de vue théorique, cela paraît séduisant, mais d'un point de vue pratique j'ai peur que cela soit difficile, qu'elle ne soit pas dérangée de son côté, moi du mien. Si j'ai du retard par exemple, c'est parfois difficile d'organiser son planning et de les faire concorder.

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Oui c'est intéressant, il y a l'avais du spécialiste en direct, il peut avoir besoin d'informations qu'il n'a pas et vice versa, je considère ça comme une mini RCP à domicile. Et puis parfois il y a toujours le côté de s'améliorer dans sa réflexion et ses connaissances. On dérangerait peut-être moins les spécialistes et connaîtraient l'urgence relative pour l'adresser par exemple.

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Réseau spécialiste du médecin traitant

Différents médias, fluidité

Si c'était officiel et rémunéré, j'y aurais recours plus facilement.

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

L'aspect juridique m'inquiète un peu même si les choses sont précises. Parfois je suis un peu inquiète mais je ne veux pas me sentir mal par rapport à une réponse donnée d'un spécialiste si je ne suis pas spécialement d'accord. Je ne saurais pas comment m'y prendre avec le patient et de lui expliquer ma décision finale.

Perte du choix libre du spécialiste requis ?

Cela ne me pose pas de problème d'avoir un spécialiste « imposé », mais j'ai toujours le choix d'utiliser cet outil ou de faire comme avant tout simplement.

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, neuro, ORL, cardio)

Surtout dermatologie, médecine interne, rhumato, cardio, neuro, ORL, un peu toutes

Agenda électronique ou plages dédiées du spécialiste ?

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Peut-importe, tout dépend des qualités des spécialistes

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ?

La **télé-expertise** m'intéresse le plus. La téléconsultation reste un avantage pour le patient que pour moi, cela pourra être amené à changer mais pour le moment c'est ce que je pense. La téléassistance peut m'intéresser également.

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui je pense qu'elle le sera

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Non, pas forcément favorable mais il faut savoir évoluer avec son temps et si ça peut représenter un avantage pour les patients, il faut s'adapter.

Annexe N°9

ENTRETIEN DR SIALI

1) Renseignements généraux

Dr Hatem SIALI

Médecin généraliste

52 ans

Homme

Aisance informatique **moyenne**

Informatisation du cabinet : **2001**

Année d'installation aux Mureaux : **2001**

Age de votre patientèle : **40 ans, peu d'aigu, beaucoup de pédiatrie, peu de personnes âgées**

Autre activité annexe ? **Oui, travail en crèche**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

J'ai entendu parler de transmission de documents via des experts internet

Éléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Pour moi, c'est avoir un cas difficile, pas de diagnostic précis, on expose le cas avec données clinico-biologique et radiologique à un organisme et ils m'aident, c'est un genre d'expertise.

Est-ce flou dans votre tête ?

Oui c'est assez flou, ce n'est pas bien net

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Non, mais je ne saurai pas dire si cela va aboutir à quelque chose, de part l'adhérence des patients et moi-même. Je reste assez traditionnel là-dessus.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Oui, mais dans certains cas

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Non, pas dans les milieux urbains. Dans les milieux ruraux ou semi-ruraux oui.

Je pense que c'est une innovation et quelque chose d'intéressant mais pas pour tout le monde. Je pense que c'est principalement pour la désertification médicale.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Eléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Téléconsultation : Cela m'est arrivé par téléphone, chez un patient pour un renouvellement d'ordonnance

Téléassistance : Avec une infirmière par téléphone, oui

Téléexpertise : Cela me tente mais j'en fais rarement.

Je n'utilise pas de sms ou mails avec les patients. J'utilise les fax avec laboratoires et pharmacies.

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Chez un patient connu, un renouvellement d'ordonnance

Praticité également.

Mais aussi par manque de disponibilité en général

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Un peu subie pour le chronique, surtout le manque de disponibilité

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui aucun problème

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Non

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Formé dans le cadre de la DPC oui cela m'intéresse.

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Oui cela m'intéresse, j'ai essayé une application nommée SkinSnap par exemple pour envoyer les photos à un dermatologue (appli par ailleurs au point)

- Teleexpertise et domoplaie : Oui, cela m'intéresse, CF réponse d'au dessus

- Valises télémédecine en EHPAD : Je n'ai pas de patient en EHPAD. Je ne connaissais pas.

- Cabine de télémédecine : Cela peut m'intéresser dans le cadre d'innovations.

- E-valise :

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Oui pour certains patients et pathologies simples, quand le diagnostic est évident.

Possibilité d'accès aux soins plus simple, quand manque de disponibilité.

Pratique, plus courte

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défaillante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, déshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

Le manque de contact physique est un frein pour moi.

Le côté administratif est difficile pour moi à distance, de réaliser des arrêts ou accident de travail par exemple

Il faut garder un aspect de contact physique, il y a des choses que l'on ne peut pas dire par téléphone, surtout pour les pathologies compliquées.

Aspect psychologique des choses

Peur d'une mauvaise communication

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Pathologies simples – style cystites

Renouvellement de chroniques.

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Un patient que je connais

Une bonne technique et bonne connexion internet

Limitée en temps, rapide.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Une bonne heure

En dehors des horaires de travail – accessible à partir de 20h par exemple le soir, je n'aurais pas le temps vu mon rythme.

Pas en dehors de mes jours travaillés, pas chez moi.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

Oui, cela peut me faire gagner du temps je pense possible en déchargeant la consultation – leur nombre.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémedecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Plus qu'une consultation, 2 C

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Oui, certains

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Idem

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Oui, moins de contact physique, échange visuel.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Non, pas dans l'urgence, pour moi c'est toujours compliqué, cela paraît simple aux gens qui appellent mais ça ne l'est pas. Pour moi l'urgence c'est une urgence, il y a des structures dédiées à cela.

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

De toute façon il y a toujours un aspect juridique même dans une consultation classique, il suffit d'être couvert.

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Il sera violé de toute façon, si on a le consentement du patient je ne vois pas le problème.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Cela peut m'induire en erreur, si un patient de l'autre côté de l'écran peut dissimuler quelque chose ou ne pas avoir les moyens de le dire.

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Par des plateformes sécurisées

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Oui cela m'intéresse, mais s'il y a une prise en charge comme une téléconsultation.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Non

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Cela améliore beaucoup les relations entre les médicaux / paramédicaux qui s'occupent des patients. L'échange peut se retrouver enrichi, on prend ensemble mieux les patients, notamment les poly pathologiques et les âgés.

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Oui cela m'intéresserait, mais il faut de la disponibilité

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

Cela m'intéresse

Relation ville – hôpital : cela améliorerait les relations.

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

J'aurais peur que les gens se déchargent. J'ai peur d'une mauvaise compréhension. Il faut que les propos soient surveillés et enregistrés pour moi. Je vois moins bien en vision conférence qu'en réel.

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Oui, je serais embêté, si j'utilise régulièrement une plateforme, cela me dérange un peu, il y aura moins d'échange avec les miens, forcément.

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Neuro, ophtalmo, dermato, interprétation cardio avec ECG (je le fais mais ne transmet pas) non, je ne suis pas sûr que cela amène quelque chose, peut-être les diabéto.

Pas la psychiatrie ni l'orthopédie.

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Les deux

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

- 1) Téléexpertise m'intéresse le plus, j'aimerais pouvoir avoir l'aide d'experts plus facilement, plutôt que d'aller chercher par mes propres moyens
- 2) Téléconsultation : m'intéresse moins que la téléexpertise

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Ici aux Mureaux, je ne vois pas énormément de gens qui peuvent faire de la téléconsultation, peut-être ailleurs, ceux qui n'ont pas le temps etc...

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Oui

Annexe N°10

ENTRETIEN DR YVON Patricia

1) Renseignements généraux

Dr YVON

Médecin généraliste

60 ans

Femme

Aisance informatique **moyenne**

Informatisation du cabinet : **2006**

Année d'installation aux Mureaux : **1994**

Age de votre patientèle : **45 ans et poly-pathologies, beaucoup de chronique mais aussi de l'aigu**

Autre activité annexe ? **Non**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Non, pas d'exemples

Eléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Consultations comme quand les gens appellent le 15, pour savoir quoi faire, comme de la régulation médicale. Et si besoin par la suite, orienter vers une consultation physique.

Est-ce flou dans votre tête ?

Oui, c'est assez flou.

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Non

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

Oui, il y a une partie de tout ce qu'on l'on fait qui peut se faire de cette manière en vision conférence ou par téléphone

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Oui, certainement. Au niveau politique, cela ne me gêne pas. Ce qui m'embête c'est que je pense que c'est dans un souci d'économie, du coup réduire le nombre de médecins et ce n'est pas au bénéfice du patient.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non

Éléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Téléconsultation : J'en fais un peu avec des gens que je connais bien, les patients relativement chroniques et qui ne peuvent pas se déplacer.

J'ai eu un problème avec la sécurité sociale, je ne fais plus d'ordonnance sans voir les gens.

Téléassistance : Je l'ai fait avec infirmière oui, avec le patient.

Téléexpertise : Oui, cela m'arrive, au téléphone avec un confrère. Pas régulièrement mais de temps en temps.

Par téléphone, fax, mail ou sms, avec les confrères. Rien avec les patients.

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Manque de disponibilité oui.

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Non subie car les secrétaires filtrent et je rappelle les gens.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Non

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Non

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Oui, bien sur

3) A partir d'exemples précis : Avez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Oui je connais et cela m'intéresse

- Teleexpertise et domoplaie : Oui, cela m'intéresse

- Valises télémédecine en EHPAD : Je ne vais pas en EHPAD. Je ne connaissais pas du tout ces dispositifs. Cela peut m'intéresser en EHPAD. Cela pourrait être un plus si on peut réaliser de la télémédecine en EHPAD.

- Cabine de télémédecine : Cela peut m'intéresser oui.

- E-valise :

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Oui, il y a un intérêt pour les patients.

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, déshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

Le fait de ne pas pouvoir voir les gens, ce n'est pas «quantifiable », parfois on ressent quelque chose qui nous fait dire que cela ne va pas. J'aurais peur de passer à coter de quelque chose.

Peur de commettre une erreur médicale

Le manque d'examen clinique peut être un frein mais je pense que la majorité des gens n'ont pas besoin d'examen clinique.

La responsabilité me fait peur, mon expérience n'est pas en téléconsultation mais en consultation classique. Je ne sais pas si mes compétences seraient conservées.

Depuis que le 15 fait de la régulation médicale, pour moi plus de plaintes ont été formulées donc ça inquiète.

Il y a aussi la déshumanisation mais on ne fait plus la même médecine qu'il y a 30 ans, il va falloir s'adapter et cela va forcément être déshumanisé si tout le monde veut être soigné, ou la prise en charge sera faite aussi par les paramédicaux mais pas que par les médecins.

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Meilleur suivi, amélioration du suivi des patients chroniques

Eviter certaines visites et déplacements

Rapidité

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Renouvellement chez des chroniques stables avec les constantes habituelles cela peut se faire sans aucun problème

Petites pathologies aiguës simples, rhinopharyngite

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

Connaitre le patient. Je ne sais pas si je me lancerai d'emblée sur des gens que je ne connais pas. Si cela fonctionne bien avec des gens que je connais, pourquoi pas pour les autres.

Avec des formations, cela doit pouvoir se faire. Cela m'intéresse, pour mes patients, si on est formés, pourquoi pas.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Si cela se passe bien, pourquoi pas plusieurs heures, 1h-2h-3h.

Plutôt le matin avant mes patients. Pas entre 2 consultations, je préfère avoir la tête libre.

Je ne préfère pas travailler chez moi.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

On peut en gagner sur certaines, je ne sais pas trop, ce n'est pas pour voir plus de monde, mais surtout un intérêt pour les patients, les consultations simples sont de moins en moins fréquentes.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémedecine déjà pratiquée? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Autant qu'une C. Pour les forfaits, tout dépend du montant. Et je n'ai pas envie d'être forcée de prendre un certain nombre de personnes.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Je n'ai pas l'impression aux Mureaux, sauf les jeunes qui commencent à travailler. La situation est un peu spéciale aux Mureaux.

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Je ne sais pas, ça peut être conflictuel pour moi quand on n'a pas quelqu'un en face de nous. La réassurance ne sera peut-être pas la même.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Oui mais que pour orienter la personne, pas pour réaliser une ordonnance électronique.

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

La responsabilité est en jeu, le cadre de la télémédecine me fait réfléchir. Si c'est bien encadré, pourquoi pas.

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Cela ne m'inquiète pas, mais je pense que c'est un problème.

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Elles seraient à évaluer, je ne sais pas si elles seraient identiques

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Oui, peu importante tant que ça fonctionne, surtout les plateformes sécurisées

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Oui, ça peut être intéressant, et si tout le monde participe.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Non

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Oui cela peut améliorer les relations entre les paramédicaux et les médecins

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Oui cela peut être intéressant. A partir du moment où en amont on connaît le spécialiste, s'il y a une confiance mutuelle, cela peut marcher.

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

Le fait de pouvoir avoir un avis rapidement est à mon sens très intéressant.

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

Oui, cela peut inquiéter.

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Oui mais pourquoi pas si cela se passe bien, mais c'est sur que je préfèrerai avoir mes propres correspondants

Techniquement il faudrait être connectés au bon moment, cela n'est pas évident.

Si une plateforme

Avec quelles spécialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Neuro, cardio, dermato

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Avec hopitaux de proximité c'est quand même mieux, si ce n'est pas faisable, l'expert en téléexpertise fera l'affaire

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

La téléexpertise me semble le plus facilement réalisable.

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Oui

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Oui, plutôt favorable, cela ne semble pas évident de la réaliser tout de suite cependant

Annexe N°11

Contact téléphonique Mr JULIERE de l'équipe de télémedecine du ministère de la Santé - 14 Avril 2017.

Aller sur legifrance et chercher les arrêtés de téléconsultations de **mai 2016** avec le cahier des charges.

Il y a les arrêtés sur les teleconsultations et la téléexpertise et les recommandations.

Un médecin expert doit être requis par 5 médecins et un maximum de 20 (pour que cet expert ne fasse pas uniquement cela).

Arrêté sur la télésurveillance de **décembre 2016** : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale et insuffisance pulmonaire.

L'article du PLFSS 2017 - article 91 modifie les différents cahiers des charges et présentent les modifications actées dès maintenant; même si les modifications au sein des cahiers des charges ne sont pas encore faites.

Il n'y a plus besoin de conventionnement avec les ARS par exemple.

Il n'y a non plus pas uniquement 9 régions pilotes mais toutes les régions qui sont régions qui sont concernées.

Sur le diabète, le cahier des charges est en instance de validation au niveau de l'assurance maladie.

Egalement au niveau des prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique - pace maker et défibrillateur, qui étaient dans le cadre de protocoles avec conventions passées avec les ARS jusqu'à maintenant.

Si le projet soumis de télémedecine ne rentre pas dans ces nouveaux cadres, il faut comme avant passer par une convention avec l'ARS. C'est eux qui financent.

Quand un cahier des charges est publié, la CNAM a 3 mois pour développer des lettres clefs pour les cotations. Pour savoir le cout de cet acte, il faut que la CNAM donne un chiffre.

Pour la télésurveillance, par exemple, c'est censé être le cas depuis le 15 mars avoir eu lieu. Il y a un retard d'un mois pour l'instant.

Annexe N°12

Rencontre avec Mme Céline LAGREE, chargée de télémédecine au sein de l'ARS Ile de France, au pôle des systèmes d'informations

Quels sont vos axes de développement du moment ? Les politiques au niveau déploiement de la télémédecine ?

Je suis chef de projet en système d'information au niveau télémédecine. Ce que nous avons décidé sur la région Ile de France est que pour mener des projets de télémédecine, nous travaillons en binome, avec un référent métier, souvent des médecins et des référents sur une thématique précise (diabète, cancéro etc...). Un PRT a été créé en 2012 jusqu'en 2017 qui fixe les objectifs en région Ile de France. Il y a eu 4 appels à projets depuis 2012. Il n'y avait initialement pas de plateforme de télémédecine.

Avec ces 4 appels à projets nous finançons 23 projets de télémédecine sur la région Ile de France : les priorités ont été les détenus, les maladies chroniques.

Le PRT 2012 n'a pas été mis à jour, il n'y aura plus de PRT dans le second PRS, mais la télémédecine sera un axe fort.

Ce qu'on peut en dire du bilan est que maintenant les outils sont là, il y a la plateforme ORTIF qui permet de faire de la téléconsultation et téléexpertise. Cela a été étendu au niveau des fonctionnalités. Récemment on peut faire depuis ORTIF de la télésurveillance. On couvre 3 axes, téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance. Nous n'avons pas souhaité développer pour le moment la téléassistance et la régulation est faite par le centre 15.

Avez-vous des médecins en Ile de France qui utilisent des téléconsultations en médecine libérale via cette plateforme ORTIF ?

La plateforme aujourd'hui est essentiellement utilisée en médecine hospitalière. On va avoir un projet qui à titre expérimental doit se développer à titre expérimental en télé-dermatologie dans le domaine libéral. Nous faisons aussi évoluer notre outil pour qu'il soit portable au niveau smartphone.

Est-il possible de faire de la régulation médicale à tour de rôle pour faire un tri de patient dans le cadre d'une MSP ?

Le décret précise bien que l'acte de télé-régulation appartient au centre 15. C'est un sujet compliqué. Nous avons un projet de régulation destiné aux EHPAD qui est venu se greffer à la télémédecine. D'un point de vue réglementaire, nous ne savons pas si ce projet peut être maintenu par exemple, cela me paraît donc pas réalisable pour vous dans une MSP.

Est-il possible de faire de la téléconsultation de patients aigu est-il réalisable avec le cahier des charges actuel ou faut-il contractualiser avec vous ?

Il y a obligation de faire un contrat auprès de l'ARS et des conventions auprès des professionnels de santé. Nous avons eu les cahiers des charges au niveau télésurveillance pour l'insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale et tout récemment la semaine dernière, le diabète. Il y a un modèle de rémunération proposé. Il n'y a pas d'obligation de faire des contrats de télémédecine dans ces cahiers des charges là, tout comme les patients en ALD chronique et la téléexpertise mais si vous voulez faire des téléconsultations de pathologies aiguës, il est obligatoire de vouloir faire un contrat + convention comme auparavant.

Via la plateforme ORTIF, dans le cadre d'une MSP aux Mureaux, est-il viable et possible de réaliser des téléconsultations de patients du coup chroniques et téléexpertise ?

Si vous êtes dans le cadre du périmètre d'ETAPES, on peut faire de la téléconsultation et téléexpertise des patients en ALD ou patients en structures médico-sociales + de la télésurveillance. La simple déclaration auprès de l'ARS + la convention entre les médecins suffit. Mais vous devez effectivement utiliser la plateforme ORTIF qui répond au décret de télémédecine.

L'ARS « perd la main » là-dessus, c'est à vous de bien vous assurer que vous êtes dans le cadre du décret. Il y a d'autres plateformes qui sont en cours de création. Par exemple « Air Liquide » est en train de se positionner sur le marché de la télésurveillance. Notre but n'est pas qu'il y ait une plateforme unique mais qu'il y ait une convergence de toutes ces plateformes vers une plateforme commune.

Les médecins de la MSP interrogés voudraient utiliser des outils simples et sécurisés, est-il possible de le faire ?

On va simplifier ces outils, l'outil ORTIF du milieu hospitalier a été fait pour une structure hospitalière donc pour l'instant pas vraiment adapté à la médecine de ville. Il y a eu des grands projets en 2012 avec une impulsion pour la télémédecine ou les structures étaient figées. Notre évolution au niveau des SI est d'avoir une solution beaucoup plus portable. La télémédecine sauvage existe déjà.

Avez-vous eu beaucoup de contrats signés depuis 2012 en médecine de ville ?

Non, le gros frein en télémédecine est le modèle médico-économique. Les projets qui ont pu se lancer ont bénéficié de financements au niveau des ARS (23 projets). Quelques contrats de télémédecine ont cependant été signés en dehors de ces appels à projets et ce sont surtout des contrats d'assurances privées, par exemple AXA. On est la région la plus sollicitée au niveau des contrats de télémédecine, car les sièges sont souvent en région Ile de France. On a eu un moment l'autorisation de signer même au niveau national. On doit s'assurer que les assurances soit obligées de faire rentrer cette offre de télémédecine dans un parcours de soin du patient, à savoir que son médecin traitant ne soit pas disponible. De plus nous vérifions qu'il n'y ait pas de reste à charge pour le patient, intégré dans le contrat de base d'une assurance.

Lors d'un appel à candidature nous avons lancé un appel pour un rétinographe pour les MSP pour réaliser des télé-consultation ophtalmologiques.

Il faut cependant les financer et c'est compliqué. Notre plateforme présente une difficulté économique car cela à un cout, il faut rentabiliser les plateformes et le cout encore trop lourd pour les MSP à mon avis.

Il y a des sites de téléconsultation avec accréditations ou en cours d'accréditation en ce moment ?

Nous n'en signons pas, ce sont des sites de téléconseil médical ne donnant pas accès à une ordonnance électronique, s'ils le proposent c'est de manière illégale. Il y a un vide juridique sur le téléconseil médical pour le moment.

N'avez-vous pas peur que les assureurs privés prennent la main sur l'offre publique en les autorisant à réaliser de la télémédecine ?

Notre stratégie était de préférer accorder un projet de télémédecine en expérimentation pour voir ce qu'il s'y passait et pouvoir maîtriser tout le flux que cela induit. Nous restons vigilants.

Les déserts médicaux sont présents, même sur Paris, nous voulons diminuer le recours aux urgences. Nous souhaitons avoir la main et c'est une garantie du contrat. Si les contrats disparaissent demain, le risque est de voir fleurir tout un tas d'offre de télémédecine. Ils précisent que pour la consultation le patient doit être accompagné, c'est censé préserver de toute utilisation « sauvage ».

Nous avons lancé une autre expérimentation, c'est les télécabines. Sur les horaires de travail en cas de problème médical, la prise de rendez-vous avec un médecin.

J'ai rencontré le conseil départemental du 78 qui a réfléchi à mettre des bornes de téléconsultation, voulez-vous en installer plus ?

Le 77 est pour l'instant notre priorité car c'est le département le plus sensible au niveau désertification médicale. Nous voulons que ça soit intégré à un projet médical. En Bourgogne la télécabine n'avait pas de projet médical associé donc cela a été un flop au niveau du corps médical, ils ont ensuite voulu déplacer la télécabine dans une pharmacie mais il y avait conflit d'intérêt par rapport aux autres pharmaciens.

Les médecins que j'ai interviewé sont contre les cabines de télémédecine notamment aux Mureaux, les médecins n'ont pas été consultés, qu'en pensez-vous ?

C'est pour cela que pour le 77 nous nous interrogeons. Le préfet met une pression pour trouver une solution, la pénurie est assez importante, ils ont essayé de construire des MSP, rien ne marche pour le moment. L'ARS a freiné au niveau politique justement pour l'intégrer dans un projet médical, pour que ce qu'il s'est passé en Bourgogne ne se produise pas dans le 77, il faut que cela soit bien défini, pendant la permanence des soins ? Pour quelles pathologies ? Qu'il y ait des médecins derrière etc etc. Ce qui nous arrange c'est que le médecin peut être situé n'importe où en France et pas forcément un recrutement local. Les jeunes médecins ne veulent pas aller au fin fond du 77 pour nous, il n'y a plus de disponibilité médicale, ils sont forcément présents, il faut changer le système en profondeur. On ne compte pas remplacer les médecins du jour au lendemain s'ils ont cette crainte ?

Il faut que j'appelle le conseil départemental du 78 pour voir quels sont leurs projets il faut qu'on travaille ensembles.

Du coup comment expliquez-vous ce manque d'information au niveau des médecins et même au niveau des conseils départementaux ?

Il faut plus communiquer, nous ne communiquons pas assez. La télémédecine n'a plus de problème technique véritablement sauf dans quelques structures non informatisées. Le problème n'est plus technique mais il faut que la télémédecine entre dans les mœurs. Il faut intégrer la télémédecine aux cursus médical, dans les formations, dans les ordres, les congrès par exemple.

Ayant entendu parler de territoire de soin numérique, par rapport aux rémunérations, y-a-t-il des possibilités de financement pour la télémédecine aux MSP ?

Non, ce n'est pas la même enveloppe Territoire de Soins Numérique et la télémédecine en MSP.

Au départ nous envisagions refaire un appel à projet pour financer d'autres projets et notamment de développer la médecine de ville, sauf qu'entre temps les cahiers des charges sont sortis et l'objectif a été de faire un maximum d'actes dans le cadre de cette expérimentation et nous nous sommes détournés temporairement de la médecine de ville. Nous souhaitons démontrer vu que c'est une expérimentation, la pertinence des réseaux de télémédecine. Nous n'excluons pas d'y revenir plus tard, cela va sûrement repartir.

Y-a-t-il beaucoup de projets de télémédecine en EHPAD qui fonctionnent ?

C'est compliqué en EHPAD, nous avons 6 projets de télémédecine en cours, nous sommes dans le cadre du cahier des charges et notre but est d'« industrialiser » la télémédecine. Il faut que chaque structure ait sa propre organisation médicale et s'engage dans les projets de télémédecine. On a le modèle économique, la plateforme technique, nous voulons donc faire un appel à candidature pour faire rentrer un maximum de structures médico-sociales dans le cadre du cahier des charges. Nous ferons cela en Septembre 2017. Il y aura un soutien financier au niveau de l'organisation médicale mais il y a aussi un forfait « requérant » qui est en attente (en cours de signature). L'idée est de donner une enveloppe à toutes les structures médico-sociales s'engageant dans un projet de télémédecine au démarrage et à la fin. Ce qui permet une aide aux équipements des structures notamment qui pour le moment doivent payer leurs propres équipements de télémédecine.

On a du faire un prix « spécial » pour les EHPAD, le cout de la plateforme est forcément moins élevé qu'une structure hospitalière. C'est compliqué de calculer les couts de transports économisés en EHPAD (ces couts sont intégrés aux structures hospitalière donc modèle économique différent). Le cout des déplacements des medecins sont supportés par l'assurance maladie mais c'est à eux de faire leurs statistiques du coup.

Les six projets vont rentrer dans le cadre d'ETAPES mais nous avons des difficultés à cause de l'acceptabilité des prix proposés, quand nous étions en prestation inter-établissement, pour une téléconsultation c'était par exemple C2 à 46 euros, là nous baissions à 40 euros. Mettre un prix au niveau hospitalier sur ce qu'ils font parfois passe mal.

Pour la téléexpertise c'est un forfait mais les téléconsultations sont toujours à l'acte, pouvons-nous discuter de forfaits pour la téléconsultation ?

Non c'est très difficile c'est fixé par le cahier des charges.

Pensez-vous que l'évaluation de la HAS en Septembre 2018 va pouvoir se réaliser comme prévue ?

Cela va être compliqué, nous sommes à mi année, la difficulté vient de la mise en œuvre. Une fois l'acceptabilité faite, que nous avons le SI, il reste les mécanismes de paiement des actes. On a un expert et un requérant, la transmission des information à l'assurance maladie est complexe. C'est la difficulté qu'ont eu les ex régions appartement à l'article 36, ils ont voulu simplifier mais il reste de grosses difficultés.

La télé-expertise faite par les medecins de ville est « sauvage » pour le moment, pouvez-vous faire changer cela ?

Nous essayons avec les URPS de monter un projet de télé-dermatologie pour le dépistage notamment des personnes âgées des lésions suspectes. Le problème est que les medecins requérants ne sont pas payés, cela prend du temps de déshabiller le patient, on voudrait demander aux medecins de faire de la télémédecine mais les medecins ne seraient pas payés....nous avons fait remonter l'information au ministère.

Les medecins ne se sentent pas concertés, la télémédecine leur semble pour l'instant uniquement hospitalière

Dans les cahiers des charges, nous recentrons la télémédecine sur le medecin traitant, mais nous n'aurons pas les medecins qui vont faire des téléconsultations facilement.

Au niveau de l'EHPAD, nous espérons qu'elle sera un levier pour en faire plus facilement également.

Nous avons constaté que les medecins en EHPAD lors qu'ils se déplacent en voient 5 et font du renouvellement rapide d'ordonnance des autres patients sans forcément les voir, cela permettrait d'éviter un déplacement pour cela.

Nous voulons que la télémédecine dégage la bobologie des consultations majeures pour libérer du temps médical.

Nous sommes surs que si un projet de télécabine est bien porté et intelligemment montré sur un territoire, nous pensons que cela peut-être une très bonne solution, en adéquation et en concertation avec les medecins, l'ARS ne veut absolument pas tomber là-dedans (CF le préfet du 77 qui voulait acheter et investir directement dans les cabines).

Y-a-t-il des concertations avec les pharmaciens concernant la prise de constantes si on doit développer la télémédecine ?

Au niveau politique, ce n'est pas pour l'instant d'actualité à ma connaissance.

Quel serait concrètement le cout de la plateforme ORTIF si on voulait se lancer dès demain dans une téléexpertise et téléconsultation ?

Nous sommes en train de rénégocier les tarifs d'ici l'année prochaine, juste à titre indicatif, sur le marché actuel c'est 750 euros par an, quelques soit le nombre d'actes le cout de la plateforme, c'est trop cher pour une MSP. Ce cout englobe la hotline, l'hébergement des données de santé, la maintenance.

La plateforme réfléchi aussi à un mode « invité » s'il n'y a pas beaucoup d'actes et demander un accès après les modalités classiques.

Ne serait-il pas possible de bénéficier des financements de l'ARS pour assumer ce cout ?

Justement dans le cadre des expérimentations, l'ARS a financé 90% des projets, nous voulons la faire pérenniser et ne pas financer de nouvelles structures, ce n'est pas viable pour nous.

Annexe N°13

Entretien avec le Dr ESQUERRE (conseil départemental 78) 6 Avril 2017

Quels raccordements réseau sur les Yvelines – Laurent ROCHETTE – directeur syndicat mixte ouvert (SMO) Yvelines numérique.

Nous nous occupons des maisons médicales qui ne sont pas des MSP au sens de l'ARS et nous avons un syndicat mixte ouvert qui s'appelle Yvelines Numérique qui est une sorte de démembrement du département qui s'occupe des questions de santé numérique. Ils sont partants pour essayer de développer la télémédecine.

Pour le développement de la télémédecine, nous avons le doute de se lier avec ce que déploie l'AP-HP ou non. C'est Laurent ROCHETTE qui s'occupe de cela, toute cette partie numérique. rochette@yvelines.fr

Laurent ROCHETTE. 06.74.89.88.93. Directeur syndicat mixte ouvert (SMO) Yvelines Numérique.

Une téléconsultation à tour de rôle dans la MSP m'intéresserait du coup. Il faudrait peut-être voir par rapport aux patients si c'est faisable aussi.

Pour la téléassistance, avec le soutien d'un réseau d'infirmier, nous avons la volonté de la développer, notamment pour les pathologies chroniques.

Il faudrait réserver un créneau dans le planning du médecin pour le matin au niveau « pathologies chroniques » et l'infirmière voit avec le médecin sans forcément faire de visite à domicile. Je trouve que c'est un gain de temps énorme et le cadre légal serait posé.

Il est clair que la responsabilité et le cadre légal et financier soit posé pour pouvoir faire cela.

Concernant les plateformes en Ile de France, il n'y a pas de plateforme au niveau du conseil départemental du 78 mais l'ARS Ile de France à ça dans ses projets. Il n'y a pas non plus d'expérimentation en cours ou de projets télémédecine.

Il faut contacter l'ARS Ile de France : Le projet s'appelle Rose 2. Le professeur Eric LEPAGE est le directeur du pôle information et donnée en santé de l'ARS Ile de France, il travaille avec Pierre BOIRON, directeur du Groupement de Coopération S, SESAN. Un PRT avait été fait en 2012, c'était un état des lieux. Je pense que c'est au point mort mais il faut leur demander où ils en sont.

Au niveau de l'ARS, ils sont en train de calculer pour que le médecin puisse se faire payer sa consultation.

Une des idées qu'avait Yvelines Numérique et qu'elle développe avec les cadres du territoire c'est de faire des points de téléconsultation à la mairie ou dans les Secteurs d'Action Sociale, des bornes de vision conférence.

Je pense que même sur les Mureaux, cela peut être intéressant, notamment pour ceux qui n'ont pas les outils. Il y aurait quelqu'un sur les secteurs pour accompagner de toute façon.

Il faut également équiper les infirmières, si vos médecins sont partants pour utiliser des valises utilisées par les futures IDE de la MSP des Mureaux. Une des piste est de se faire financer pour la maison médicale qui tourne sur les infirmières, qui programme les chroniques, cela rentabilise le temps et la machine, cela peut être une de nos propositions. Elle peut transmettre l'ECG si besoin, les constantes, les résultats biologiques et d'autres choses. La personne d'Yvelines numérique qui peut vous renseigner est Julie LASNE (relations extérieures). Fixe 01 39 07 79 88. Mobile 06 63 58 25 84. jlasne@yvelines.fr

Nous pouvons voir les demandes de subvention dans le cadre de projet retenu pour une valise par exemple.

Ce qui m'intéresse le plus c'est de gagner du temps médical et rapprocher le médecin du patient d'une autre façon que ce que l'on fait aujourd'hui car sinon on y arrivera pas, surtout sur le secteur Nord des Mureaux, au niveau démographie médicale cela va être très compliqué.

Par rapport au département, nous souhaitons qu'il n'y ait pas de désert médical et nous voyons en la téléconsultation un moyen pour peut-être pallier à cette problématique.

La télémédecine nous y avons pensé mais nous pensions que les choses n'étaient pas encore matures pour lancer tout de suite un plan. Nous ne savons pas où en est l'ARS Ile De France, nous n'avons pas d'état des lieux précis.

On souhaitait s'investir au niveau départemental, on avait des critères d'investissement, sur des rentrées particulièrement dans notre logique, suite aux assises de la ruralité, à la volonté que l'on porte à avoir une démographie médicale et au développement des maisons de santé. Nous n'avons pas totalement les idées claires sur la faisabilité, est ce que l'on s'associe à quelqu'un, est ce que nous développons nos propres projets en s'appuyant sur Yvelines Numérique et en prenant nos propres axes ?

L'intérêt de votre thèse, si vous y arrivez c'est de nous donner le cadre, de nous dire où en est l'ARS et à partir de là on pourrait décider pour savoir quelle piste de réflexion dans quoi le département peut s'engager. Cela fait une ouverture à votre fin de thèse.

Sincèrement, le département est prêt s'il y a quelque chose à faire.

Nous n'avons pas d'autres contacts au niveau des projets de télémédecine dans d'autres maisons de santé ou MSP.

Concernant les projets en cours en France, il y a un bus de prévention dans l'est qui s'est mis en place et une plateforme de pédiatrie en ligne qui a été ouverte en Alsace.

Au niveau **technique**, une des aides du conseil départemental que nous pouvons proposer est de fibrer la MSP. Nous ne savons pas forcément qui en a besoin... Sur le reste au niveau technique il faut rencontrer Julie LASNE, notamment la sécurisation des données médicales.

Au niveau **politique**, on avait reçu des représentants de l'UVSQ, notamment le Dr Olivier SANARY qui trouvait que les questions de télémédecine n'étaient pas mures, et que le colloque singulier était vraiment nécessaire, Laurent TRELUYER est le directeur système d'information à l'AP-HP.

Nos **objectifs prioritaires**, c'est de décharger les médecins, de leur créer du temps médical en association avec mon directeur adjoint qui est chargé du projet de solutionnement de la désertification médical.

au niveau du département c'est le développement des maisons médicales, on soutiendrait en investissement et en apportant un temps de secrétariat médical.

Nous soutiendrons aussi le développement de système d'information de l'UVSQ et suivre les post thésés pour former des MSU, le développement d'une bourse d'étude un peu comme le CESP mais moins conditionné (projets). Egalement d'indemniser les déplacements voire de mettre à disposition une voiture à disposition des étudiants pour les territoires reculés.

Au niveau des **financements**, avec un projet viable, le département peut investir, dans des expérimentations, des valises de télémédecine, c'est possible. Il est clair que les actes doivent être cotés, notamment ceux de la téléexpertise qui est parfois faite bénévolement, comme vous m'en avez parlé à Evéquemont, nous en sommes aux balbutiements. Pour le remboursement de la consultation avec la CPAM, c'est principalement l'ARS qui s'en occupera, nous ne pouvons pas vous aider là-dessus.

Annexe N°14

Rencontre du Dr Laurent TRELUYER, directeur des systèmes d'information de l'AP-HP – 10 mai 2017

J'ai piloté le déploiement télémédecine et le décret de 2010 au niveau du ministère.

Si on veut caricaturer les composantes, il y a une activité d'expertise entre professionnels et une partie patient-médecins. Nous avons beaucoup développé l'expertise. L'APHP avec les CHU s'imposent comme experts auprès des professionnels de santé. C'est une activité qui date en chirurgie déjà d'il y a une dizaine d'année, avec des chiffres d'activités importants.

Nous avons d'autres projets en dermatologie, en gériatrie, en anapath, le plus souvent avec la plateforme ORTIF. La partie télé-radiologie est moins maîtrisée.

On peut avoir du formel ou de l'informel d'utilisé.

Il y a ensuite la téléconsultation, partie ville-hôpital avec le développement des expérimentations dans le cadre du PLFSS. On voudrait développer des projets, on a été beaucoup limité par les problèmes de modèle économique. Il y a l'air d'avoir un début de modèle mais cela change profondément notre façon de prendre en charge les patients. La télémédecine permet de suivre nos patient de l'AP-HP jusqu'à domicile. Le modèle économique n'est pas assuré, nous ne connaissons pas bien, nous ne sommes pas matures là-dessus.

Y-a-t-il des possibilités au niveau hospitalier de faire de la télé-expertise avec des spécialistes hospitalier de l'AP-HP notamment ?

Bien sûr, après c'est une question de modèle économique.

N'est-il pas difficile de dégager du temps médical de spécialistes à l'hôpital ?

Si on a un modèle économique, on peut mobiliser des médecins et surtout savoir si on est dans le cadre libéral, un Cs ou 2 Cs en fonction de la codification.

Ce n'est pas forfaitaire au niveau téléexpertise, avec un forfait de 40 euros par patients ?

Ce n'est pas aussi simple, c'est pas clair dans le cadre de ces expérimentations, si on est dans un forfait de demande à 40 euros et si c'est filtré et fixé par des médecins, on peut dégager des créneaux.

Sur la dermatologie, cela va être déprimant pour vous à mon sens, car il va y avoir une activité puis les médecins apprennent la dermatologie et l'activité descend de façon assez importante, nous avons eu l'exemple dans les prisons où l'activité est montée puis descend. Le système ne s'épuise pas mais les médecins deviennent meilleurs en dermato. Nous sommes sur des choses très visuelles en dermato, la dermato courante, plutôt simple de traitement n'est pas si compliquée que cela au final.

Sur la cardiologie, ce qui marche bien en télémédecine est tout ce qui est visuel. Soit c'est de l'expertise pure et on envoie le dossier, soit on fait une téléconsultation. Après il y a des systèmes plus complexes avec transmission des bruits du cœur etc, cela dépend de la profondeur recherchée. Nous sommes en train de réfléchir à monter des plateformes un peu centralisée pour avoir la notion de centre de service pour offrir des services à des maisons de soin.

Plutôt que de faire de la téléradiologie partout par exemple, nous avons centralisé l'activité à l'Hotel Dieu, plutôt que de monter des plateformes partout. Ils travaillent aussi pour des maisons de santé avec interprétation de radios. Ce n'est pas très développé mais c'est ça l'état d'esprit.

Offrir une offre de service pour des maisons de santé pourquoi pas, mais nous savons très bien qu'au début nous perdons de l'argent. Il faut avoir un certain volume. Techniquement ce n'est pas très compliqué.

Pour les expertises d'ECGs, je pense que scanner en photo et envoyer en cardiologie pour une interprétation, on ne peut pas le faire payer, ou alors il faut un modèle pour cet acte-là par exemple.

De formaliser même des avis cardiologiques oui je suis d'accord même si ça se fait déjà dans la pratique, il faut le rentrer dans un cadre.

En dehors de passer par la plateforme ORTIF, il n'y a pas de possibilité de reconnaissance en médecine de ville

Le cout initial est trop cher pour la médecine de ville, le cout d'entrée pour un hôpital comme l'AP-HP est infime, mais pour une MSP ce n'est pas faisable.

Le rôle du CHU est aussi d'aider et être centre de recours.

L'avantage d'ORTIF est qu'ils ont mis un système qui correspond aux aspects réglementaires, qui est sécurisé etc...mais c'est un peu trop à mon sens pour la médecine générale.

Il y a inadéquation entre ce que les médecins veulent et ce qui est proposé du coup. Sur l'évaluation de ces modèles médico économiques, ou en est-on ?

C'est une expérimentation qui avait été décidée en 2015, l'HAS avait monté des usines à gaz avec l'évaluation et le constat est que l'évaluation était trop ambitieuse et montrait des choses évidentes.

Je ne suis pas sûr qu'il faille absolument prouver que cela ait un intérêt économique. Pour moi il faut que chacun des acteurs ait une rentabilité. Nous ne ferons pas de télé-médecine si nous ne trouvons pas un modèle économique pour nous. Quel est celui pour le médecin adresseur ? Pour l'expert ? Chacun doit avoir son modèle économique.

Pour avoir été dans les groupes de travail au niveau du pilotage, quand je regardais la complexité de ce qu'on essayait de mettre en place... et en tant qu'ARS nous financions pas mal de projets. Honnêtement, l'évaluation médico-économique en télé-médecine n'a jamais rien sorti de concret et d'un autre côté en 2017, on prend tous des photos, mais après on fait quoi ?

Il faut que les systèmes qu'on sécurise ne soient pas beaucoup plus chers, qu'on rentre dans un modèle acceptable.

Un patient qui prend une photo il n'y a pas de contexte réglementaire, c'est lui qui le fait.

Pour moi au niveau du décret de télé-médecine de 2010, il n'y a très peu de contrainte, il n'y a pas de contrainte technique, même le consentement peut ne pas être formalisé, si on dit au patient qu'on envoie une photo cela suffit, le consentement est implicite. La seule chose que l'on demande est un mot de la part de l'expert sur son expertise et le médecin est le seul juge de la qualité de la réponse reçue, et l'expert a pris la responsabilité de cet avis.

Si un diagnostic est erroné sur un problème de couleur au niveau d'une photo par ex et que le patient se plaint, le fautif est le médecin qui a fait le diagnostic erroné.

Nous voulons donc diminuer drastiquement les couts avec le GCS. La plateforme ORTIF a maintenant 5 ans, à partir de l'année prochaine, les prix devraient fortement baisser avec du volume. Initialement, l'investissement est important mais elle va être amortie.

L'avantage de la télé-expertise, nous le reconnaissons, améliore les compétences des médecins, en télécardiologie c'est idem que la dermatologie. L'activité va donc baisser pour nous.

Nous pourrions si c'est formalisé, dégager des créneaux réservés à la tele-expertise, ou les professionnels en MSP s'adapteront et les contacteront à ce moment-là.

Avez-vous des demandes de MSP au niveau de l'AP-HP pour faire de la télé-médecine ?

Juste au niveau radiologie, des MSP qui ont des équipements de radiologie et qu'on interprète, pour 2 MSP. Ils ont les manipulateurs radios mais plus les radiologues. Ce n'est pas une grosse activité mais cela permet de maintenir une offre de radiologie dans une maison de santé.

Est-ce qu'au niveau politique, nous allons vraiment vers la télé-médecine dans la pratique, pensez-vous que l'on se donne tous les moyens pour pouvoir le faire ?

Le gros frein est le modèle économique, la **Caisse Nationale d'Assurance Maladie n'accepte pas la télémédecine**. Elle avait peur d'une augmentation très forte des actes sans contrôle possible. On est pour l'instant sur un nombre d'actes très faibles, on pourra se poser la question si nous sommes sur un nombre importants d'actes selon moi mais ce n'est pas le cas pour l'instant. En télémédecine, c'est un outil au service de l'organisation, si l'organisation ne bouge pas, les choses ne changeront pas. On a des outils, les contraintes ne sont plus techniques comme il y a 5-10 ans. Il y a un cadre juridique. Cependant, pendant très longtemps nous n'avions pas de modèle économique. Il y a les subventions de l'ARS et au bout du compte il ne se passait plus rien. L'enjeu est maintenant de comprendre qu'une téléconsultation est d'abord une consultation et que dans une consultation, le paiement de la consultation comporte l'activité intellectuelle mais aussi le prix de l'amortissement du cabinet du médecin. Si on le fait en virtuel, il doit payer le système virtuel. Donc **on doit payer une consultation de la même manière qu'une consultation classique** : Cs = TCs. Cela, l'assurance maladie a beaucoup de mal à l'assumer.

On a voulu en faire un outil de transformation mais ce n'est pas ça, ça permet seulement une transformation. En soi cela ne va pas transformer le système.

On a réussi en France à bloquer la télémédecine en la considérant comme « dangereuse », on a mis trop de règles et de peurs du danger. L'éthique pour moi ne sert qu'à bloquer le système, c'est une sorte d'angoisse non fondée. De toute façon les médecins en font et ne vont pas se poser ces questions-là. Tous les médecins ont un smartphone dernière génération, tout le monde s'échange des photos et font déjà de la télémédecine. Ces peurs ne reposent sur rien. C'est possible de faire de la télémédecine.

Au niveau des responsabilités, de toute façon le cadre juridique sera fait que par la jurisprudence et non par les lois, cela doit être au cas par cas. Il y a juste besoin d'écrire un compte rendu, c'est déjà le cas à l'hôpital par exemple et c'est normal, pas besoin d'enregistrer oralement les discussions etc...

On a tellement voulu faire des évaluations médico-économiques de la médecine que ça en devient n'importe quoi, c'est comme si on disait qu'un mort coûte moins cher qu'un vivant de plus de 65 ans en ALD, c'est vrai mais cela n'a aucun sens.

J'espère qu'on va dépasser ces réticences politiques, les peurs et angoisses de certains pour pouvoir utiliser ces outils en routine. Quand on discute de leurs peurs, ils n'ont pas de vrais arguments, certains pensent à des dérives etc...pour moi on est dans le dogmatisme.

Je pense que c'est bénéfique au patient, il ne faut pas mettre des barrières à un système.

Est-ce que grâce à la télémédecine on n'aurait pas intérêt à communiquer plus entre la ville et l'hôpital, est-ce que cela ne représente pas une surcharge de travail de suivre un patient sortant d'hospitalisation en télémédecine en ville comme vous le préconisez ?

Ça peut permettre un changement considérable de la prise en charge.

Si vous regardez aux USA, avec les ACO et l'Obama Care, l'organisation où soit l'hôpital, soit les médecins, soit l'assureur soit un autre tiers, prend en charge une population de malades chroniques de manière globale. Les hôpitaux rachètent des cabinets médicaux.

L'hôpital Saint Joseph travaille en forte collaboration avec une MSP et envisageait un rachat.

Il faut à mon sens faire un rapprochement. La prochaine étape après les GHT, ce seront des GTS (Groupement Territoriaux de Santé). Il faut pour nous sur un territoire, une organisation territoriale ville-hôpital avec un modèle économique commun pour la prise en charge des patients chroniques. Pour moi il faut s'orienter dans cette direction. Tous les autres pays sont en train de s'y diriger. Les systèmes d'information doivent être un moyen, un outil pour y aller, en plus de la télémédecine.

Les syndicats de médecins libéraux sont très réfractaires, ils ont peur de perdre leurs pouvoirs, de disparaître, je ne sais pas.

Ces maisons de soin ou des PH ont été installés coutent cher et la médecine libérale moins au final ?

Ce n'est pas le sujet, on ne peut pas séparer les opérateurs, c'est de comment trouver un modèle commun ? Pour moi c'est probablement une capitation.

C'est remettre totalement le modèle économique actuel ?

Oui tout à fait, ce qui est intéressant c'est que les USA y sont allés, prenez les ACO, la Norvège, la Suède, l'Angleterre.

C'est certes un changement professionnel mais je crois plus à ce type de modèle. Si la médecine libérale ne se pose pas des questions autour de ça, on voit le système américain, soit l'on crée des maisons de santé, on rachète des maisons de santé ou on fait un réseau de maison de santé, permet de travailler ensembles de d'avoir un modèle économique commun. A ce moment, l'e-santé a du sens, et il n'y a pas de sujet particulier d'inquiétudes.

Les ACO américains sont vraiment soutenus par les systèmes d'information. Comment s'assurer qu'il n'y ait pas d'économies au prix d'une dégradation de la qualité des soins en réalisant une capitation ? Tout l'enjeu des ACO c'est de remonter l'indicateur qui permet d'assurer au payeur qu'il y a une prise en charge correcte du patient, dans un modèle économique de capitation. Ce type de modèle est très intéressant et commence à être mature.

Cela change petit à petit, on a fait les ARS qui étendent leurs pouvoirs, puis les GHT qui sont des regroupements et diminutions des hôpitaux cachés. En réalité pas complètement jusqu'au bout, on ne fait pas toujours des directions communes etc...globalement ça s'appelle une fusion d'hôpital si on raccourcit. Il va y avoir ensuite des fusions au sein des GHT – Un seul directeur pour 3 ou 4 hôpitaux et je pense que le prochain gouvernement de droite ou gauche vont passer sur un modèle territorial, car l'évolution des patients nous y obligent, ce n'est pas un problème politique, surtout d'avoir de la rapidité du système. Depuis 1995, tous les pays occidentaux s'orientent dans ce sens.

Annexe 15

Rencontre directeur du GCS Sesan - Pierre BOIRON - 9 Mai 2017

La stratégie dans laquelle on s'est mise pour le déploiement de la télémédecine est la résolution d'une problématique de cout. Notre but était d'arriver à faire une plateforme qui ne fonctionne pas sur des subventions mais de manière opérationnelle soit pris en charge le cout de la plateforme dans le temps.

Si l'on regarde la télémédecine il y a des expérimentations qui vont être faites, obtenir des financements, plus ou moins réalisées et puis on ne sait plus comment les faire vivre, soit car il n'y a pas assez d'activité, soit par disparition du porteur de projet (très dépendant de celui-ci).

Même quand le projet tient, il y a souvent des problèmes pour juste payer la solution technique.

Nous sommes souvent devant un paradoxe est que lorsque l'on va identifier un sujet de télémédecine, le nombre d'actes est souvent limité. Le cout plateforme / acte revient assez cher et souvent prohibitif. Nous avons l'impression qu'il y a une quadrature autour de cela. L'industriel essaye d'estimer le cout de sa plateforme (cout de maintenance). Ils ont surtout peur qu'il y ait peu d'actes, le cout à l'acte sera donc important. Le professionnel de santé va être refroidi par rapport à un cout par acte trop élevé.

Notre vision a donc été de créer une plateforme qui ne soit pas lié à un usage particulier mais la plus ouverte possible, capable progressivement de supporter un maximum d'actes de télémédecine, que cela soit de la dermatologie, gériatrie, psychiatrie, teleimagerie ou autre, au niveau technique c'est toujours la même chose. Nous voulons rentabiliser cette plateforme.

Le cout n'est pas lié au nombre d'actes mais au cout d'abonnement à la solution au niveau service.

SAUF que c'est bien adapté à un établissement qui va mutualiser les différents services, c'est pas adapté à un médecin dans son cabinet, le nombre d'actes réalisés sera trop faible à mon sens. Ce qui aurait un sens est un paiement à l'acte, et le cout doit être le plus faible possible.

Il faut donc d'abord consolider le modèle pour pouvoir ouvrir la plateforme aux libéraux, l'industriel sera rassuré par rapport à la rentabilité de sa plateforme.

Nous avons un cout assez important pour les MSP, comment améliorer les choses et envisage-t-on de baisser les couts si concrètement nous voulons monter un projet de télémédecine ?

Il faut avoir un modèle économique adapté sur une plateforme suffisamment consolidée pour être en capacité de supporter des couts réduits sur des groupes d'utilisateurs isolés.

Nous essayons de le construire grâce au renouvellement du marché. S'il y a des garanties du nombre d'acte, l'industriel va proposer un cout. Il sera en capacité de faire des modèles plus adaptés sans modifier le cout de la plateforme technique, nous espérons que cela sera le cas et qu'on pourra construire des modèles en ce sens pour les MSP.

Ce qui fait peur à l'industriel est le support, la gestion du support informatique des MSP, de structures qui ne sont pas routiniers avec la plateforme. Si elle ne fonctionne pas, l'utilisateur lambda ne peut pas faire de diagnostic précis n'ayant pas d'informaticien mais la panne ne vient pas forcément de la plateforme, cela peut venir de l'accès internet, des serveurs interne de la MSP, des serveurs de la plateforme etc ..., l'utilisateur lambda va appeler le support de la plateforme. Plus on passe par des flux génériques et non dédiés, plus le diagnostic peut être difficile.

Cela génère un cout important pour l'industriel. De plus, le fait de ne pas l'utiliser en routine, la probabilité que le médecin libéral lambda ne sache pas bien utiliser la plateforme est important et un très fort risque d'appel du support.

Travaillez-vous avec d'autres plateformes de télémédecine ou d'autres supports ? Par exemple des applications ? Est-ce faisable chez le patient pour les téléconsultations ALD par exemple ?

Nous travaillons dessus actuellement, avec contact direct entre le patient et le professionnel. Dans le cadre de suivi pré-post opératoire ou suivi de maladie chronique. Nous sommes sur des modèles liés à la plateforme déjà en place qui va s'ouvrir progressivement. C'est relativement nouveau chez nous, cela ne fait qu'un an que nous essayons de faire cela, auparavant c'était uniquement inter-professionnels de santé. Nous n'avons pas beaucoup de recul dessus. Nous regardons ce qui se fait ailleurs dans d'autres endroits également ou c'est plus avancé. Nous sommes bien conscients que l'accès doit être le plus simple possible tout en oubliant pas que nous manipulons des données de santé plutôt sensibles. Sans cela, les patients utiliseront Gmail, Skype ou d'autres systèmes non sécurisé ou les données de santé sont potentiellement utilisées.

Le gros problème est que la sécurisation se fait TOUJOURS au détriment de la fluidité, les contraintes vont ralentir les flux et créer une lourdeur assez inévitable. Il faut trouver le meilleur compromis, on ne peut pas faire de concessions sur la sécurité.

Beaucoup de médecins font déjà de la télémédecine « sauvage »

La non sécurisation n'inquiète pas les médecins et ils ne se rendent pas compte de ce qui est impliqué derrière, et cela reste anecdotique, avec des connaissances, nous ne sommes mais dans de la télémédecine créer, organisée et ouverte à tous, cela crée des sortes de réseaux de relations. C'est peut-être efficace mais c'est extrêmement fragile, par le manque de sécurité et le moindre changement d'intervenant, tout s'écroule, il faut structurer les choses.

Certaines cliniques aimeraient bien une reconnaissance de la télémédecine qu'ils réalisent bénévolement pour le moment

La plateforme technique permet de distinguer la rémunération, qui est le premier problème, il faut arriver à rémunérer les actes et à les quantifier. La réalisation de l'acte est tracée, cela permet ensuite de suivre tous les centres experts au niveau de leurs activités. Sur le cout de la solution, nous ne pouvons pas communiquer de cout « public » mais le cout dans le nouveau marché passera par un appel d'offre public, cela sera le résultat de cet appel d'offre, nous essayons de faire baisser les prix mais sans détériorer le service, si le prix descend trop, le service se dégradera. Nous devons trouver le prix le plus audible mais avec une performance et une sécurité suffisante.

Nous cherchons vraiment à diversifier le modèle, le nombre d'actes dans une MSP sera faible. Nous imaginons donc ces solutions ou l'on paye à l'acte puis si on arrive sur un certain volume, envisager un abonnement.

C'est sous votre impulsion que cela pourrait être accepté ?

Le GCS propose des modèles, après ce sont des techniques de marché. Au début nous demandions aux industriels des modèles puis nous les avons cadré, nous avons peu à peu amené à la cible que l'on recherche, c'est de la stratégie d'achat.

Annexe 16

ENTRETIEN DR CERTAIN

1) Renseignements généraux

Dr Marie Hélène CERTAIN

Médecin généraliste

62 ans

Femme

Aisance informatique **moyenne**

Informatisation du cabinet : **1990**

Année d'installation aux Mureaux : **1985**

Age de votre patientèle : **plutôt jeune patients – tous types de pathologies -**

Autre activité annexe ? **Oui – collège de la médecine générale. Structure fédérative qui regroupe 24 structures**

2) Connaissance de l'E santé

Avez-vous en déjà entendu parler ? Des exemples

Oui entendu parler – par exemple brancher des appareils connectés – application surveillance de constantes

Demander des avis

Transmettre des examens cardio par expert à distance

Montrer des photos à un expert dermatologique

Éléments de ressenti / représentation

Quelle définition et idée vous faites-vous de la téléconsultation ?

Dans mon idée c'est un service à un patient ou un professionnel qui ne peut pas remplacer un professionnel – surtout un service pour avoir une expertise.

Est-ce flou dans votre tête ?

Oui

Avez-vous peur de l'e-santé ou non ?

Ca me fait peur à cause des amalgames, je n'ai pas envie que cela soit considéré pour résoudre tous les problèmes. En utilisation rationnelle non mais comme toujours, c'est un concept.

D'après vous, une téléconsultation en médecine générale est-elle possible ?

On en fait déjà (preparation d'ordonnance par téléphone).

Solution à la désertification médicale ? Politique du gouvernement ? Economies ? (transports etc...)

Non je ne pense pas que ça soit une solution à la désertification médicale. Il faut une meilleure organisation, qui rend des territoires plus attractifs. Un meilleur travail pluri professionnel. Améliorer les conditions d'exercice. Ça peut être un élément qui peut donner de la qualité.

Par rapport aux spécialistes, cela peut être un 2eme recours, une demande d'avis.

Pensez-vous être assez informé(e) sur ce nouveau mode d'exercice ?

Non

Eléments factuels

Pratiquez-vous la télémédecine ? (téléconsultation, téléassistance, téléexpertise, nouvelles technologies, téléphone, sms, fax, emails) Avez-vous déjà essayé la télémédecine ? Quelle est votre expérience ?

Téléconsultation : Par téléphone – gestion d'INR par ex

Téléexpertise : Ponctuellement

Téléassistance : Ponctuellement

Sms : Oui

Fax : Oui

Email : Ponctuellement

Dans quelles circonstances ? (manque de disponibilité ? Praticité ?)

Par manque de disponibilité ou adaptation de traitement – comme une inter consultation

Fréquence ? (subie et itérative ?)

Assez fréquent – pas subi, fait partie pour moi de la consultation.

Avez-vous une bonne connexion internet ? Visualisation de vidéos sans flous ?

Oui

Savez-vous que des projets de téléconsultation en médecine libérale sont mis en place dans certains territoires tests ?

Oui

Souhaiteriez-vous être formé à la télémédecine ? (FMI, FMC, aspects juridiques, éthiques, financements, les pathologies à voir et déconseillées)

Oui mais court, ce n'est pas majeur dans mes préoccupations

3) A partir d'exemples précis : Aviez-vous connaissance du dispositif, déjà essayé et cela vous intéresse-t-il.

- Bracelet, balances connectées avec applications (withings) : Oui, cela m'intéresse moyenne

- Teleexpertise et domoplaie : Oui je connaissais et cela m'intéresse

- Valises télémédecine en EHPAD : Pas de patients en EHPAD. Non cela ne m'intéresse pas.

- Cabine de télémédecine : Je ne connaissais pas, ce n'est qu'une partie de la télémédecine. Je trouve qu'il n'y a pas

Dr Gilles URBEJTEL – médecin à Mantes la Ville – bureau du syndicat MG France et MG 78. Les risques, les enjeux etc. Intéressant à rencontrer. 06 61 53 42 11 avec l'ASIP.

- E-valise : Cela existe déjà. Le problème vient du fait qu'avec un outil technique on va résoudre les problèmes. Le problème est quelqu'un qui chute qui est toute seule etc...Ce n'est pas tellement un élément diagnostic. Si on a une infirmière qui y va, cela ne remplace pas la visite du médecin. Est-ce qu'un appareil change quelque chose, je n'en sais rien.

Télé consultation

Intérêt pour la pratique en médecine générale, intérêt pour les patients (autonomisation du patient, qualité de vie du patient, réassurance, communication avec patient)

Avantages (rapidité de traitement, praticité, accès aux soins, meilleur suivi, lien et communication avec patient, continuité des soins, déplacements et distance)

Consultations faites mais non officielles

Freins (manque de maîtrise technique, isolement du patient, technique défailante ou moins précise ex photos – couleur, odeur etc, deshumanisation de la médecine, obstacle psychologique, habitudes du médecin – examen clinique, manque de disponibilité, manque d'acteurs, apport limité, craintes – nouvelles contraintes – perte du libre choix des interlocuteurs – trouver sa place – commettre une erreur – formation manquante)

Pas d'économies du temps médical

Peut faire perdre du temps – par consommation de soins

Peur que cela devienne une usine à gaz

Barrière de la langue – pb techniques

Quelles pathologies pourraient être prises en charge ?

Chronique simple

Aigu simple

Quelles sont les caractéristiques qu'il vous semble indispensables pour qu'une téléconsultation fonctionne ? (rapidité, praticité, facilité, connaissance de son patient – technique)

On ne saurait pas ce que l'on voit en télémédecine.

Je ne vois pas l'intérêt de voir le patient par rapport au téléphone.

Combien de temps pourriez-vous y consacrer ? A quel moment de la journée ? (Jours off ? Chez soi ? Midi ? Soir après consultation ?)

Un créneau dédié. Pas en dehors des horaires au cabinet médical.

Pensez-vous que cela permettrait de gagner du temps ? (déchargement des consultations dans le cadre d'un tri de patients – petites pathologies et rapidité, régulation médicale)

On n'a pas forcément besoin de les voir. Cela pourrait créer un nouveau marché. Je ne pense pas non, pour les chroniques peut-être.

Quelle rémunération (Moins de C, C, plus de C, forfaitaire ? justifiée actuellement sur la télémédecine déjà pratiquée ? justifiée ultérieurement si développé ? Source de contrainte administrative ?)

Forfaitaire.

Pensez-vous que vos patients accepteraient une téléconsultation ?

Je ne sais pas.

Quelle durée pour une téléconsultation dans vos souhaits (plus longue, plus courte, idem)

Plus court.

Pensez-vous que la relation médecin-patient se verrait modifiée ? (confiance, empathie, communication non verbale, absence physique du patient)

Non, pas de modification.

La téléconsultation vous paraît-elle possible dans le cadre de l'urgence ? (Unique recours pour démêler une situation ?)

Que pensez-vous de l'aspect juridique ? (rémunération accentuant responsabilité – service rendu ?, rigueur requise dans le contenu de l'information)

Que pensez-vous du secret médical dans ce cas-là ? (Big Data etc)

Il est déjà bafoué

Que pensez-vous de vos compétences médicales dans ces situations de téléconsultation ?

Aimeriez-vous pouvoir utiliser Skype ou What's App ? Matériel plus sécurisé type plateforme ARS ?

Matériel simple, les plateformes sont des usines à gaz

Une régulation médicale faite par un médecin de la MSP en télémédecine à tour de rôle vous intéresserait-elle ?

Oui c'est intéressant, une des solutions pour régler l'afflux de patient.

D'autres choses à ajouter concernant les téléconsultations ?

Télé assistance : médecin/médecin/infirmière

Relation ville –hôpital : Pensez-vous que cela pourrait améliorer les relations entre ces 2 populations

Téléassistance du réseau paramédical – délégation de tâche

Consultations d'un spécialiste par téléassistance à domicile (maintien des personnes à domicile et économies)

Comment l'hôpital développe des plateformes – voir ARS DT78/ Esquerré

Positionnement du conseil département, politique à l'échelle du territoire de santé Quels sont les liens avec professionnels ?

Projets en cours, expérimentations ?

Objectifs prioritaires ? Qu'en attendent-ils ? Liens ?

Blocages ou volontés politiques ? Juridiques ? Financiers ?

Financements

– Président de la CME (Meulan, Mantes, Poissy)

Télé expertise : médecin traitant + patient ou médecin traitant/spécialiste

Qu'en pensez-vous ?

C'est intéressant , gain de temps médical possible

Relation ville - hôpital

Ville - ville

Aspect juridique ? (médecin requis / requérant – que pensez-vous des responsabilités de chacun)

Est-ce que la perte du choix libre du spécialiste requis vous dérange ?

Avec quelles specialités ? (endoc, dermato, med interne, nephro, ophtalmologue, neuro, ORL, cardio)

Dermatologie, cardio, geriatrie.

Correspondant hospitalier ou libéral ?

Conclusion

Que vous intéresse t-il le plus ? (type de composantes et avis global)

Pensez-vous que la téléconsultation fera partie intégrante de la médecine de demain ?

Etes-vous favorable à ce nouveau mode de consultation ?

Je sais qu'ils vont exister mais ce n'est pas une panacée, cela ne va jamais remplacer

