HAL
open science

La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois : perceptions et attentes des médecins généralistes

Maxime Durupt

To cite this version:

Maxime Durupt. La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois : perceptions et attentes des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932432

HAL Id: hal-01932432

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932432

Submitted on 23 Nov 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2016

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Maxime DURUPT

le 24 Mars 2016

LA TÉLÉMÉDECINE EN MEUSE ET DANS LE SUD-TOULOIS PERCEPTIONS ET ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur J.M. BOIVIN	Président
M. le Professeur J.L. SCHMUTZ	Juges
M. le Docteur N. GIRERD	Juges
Mme. J. KIVITS	Juges
M. le Docteur O. BOUCHY	Directeur de thèse

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN
Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER
==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
Professeur Jean-Claude MARCHAL
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteure Aurore PERROT
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN *(stagiaire)*
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)*
Docteur Nicolas GIRERD *(stagiaire)*

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Docteure Laure JOLY
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET *(stagiaire)*

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur de Médecine Générale

Qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Votre regard et vos conseils nous ont été précieux.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant d'avoir accepté de suivre et de soutenir ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et juge

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

Professeur de Dermatologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Votre travail et votre disponibilité nous inspirent le plus grand respect.

Veuillez trouver ici l'expression de notre plus grande gratitude.

À notre Maître et juge

Monsieur le Docteur Nicolas GIRERD

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Soyez assuré de notre profonde considération.

À notre directeur et juge

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY

Merci de m'avoir accompagné dans ce travail, de son initiation jusqu'à sa finalisation.

C'est un honneur pour moi d'avoir travaillé cette thèse à vos côtés.

Merci pour vos conseils et votre soutien dans toutes les étapes de ce projet.

À notre invitée et juge

Madame Joëlle KIVITS

Merci pour votre soutien et votre implication dans la réalisation de cette thèse.

Soyez assurée de ma profonde reconnaissance et de tous mes remerciements.

À mes filles, Augustine et Louise,

Je leur dédie cette thèse. Merveilleux cadeaux du printemps passé. Vous voir grandir a été la source de ma motivation.

Merci pour l'amour que vous m'apportez. Vous êtes à jamais mes filles chéries.

À ma femme Léopoldine,

Tu es l'amour de ma vie. Chaque jour à tes côtés me comble de bonheur.

Tu m'as donné deux magnifiques enfants qui nous surprennent tous les jours.

Merci pour tes encouragements et ton soutien.

Je t'aime.

À mes parents, Agnès et Jean-Marc

Merci de m'avoir transmis le goût du travail et de la réussite.

Votre aide et vos conseils m'ont toujours réussi.

Soyez assurés de tout mon amour.

À mon frère, Alexandre, sa femme Amélie et leur fils Louis,

Merci de votre soutien.

Merci pour ses bons moments passés en famille. Vagoun !!

À mes grands-parents, Monique, Bernard, Andrée, Michel,

C'est grâce à vous que j'en suis arrivé là.

Soyez assurés de tout mon amour.

À ma belle-famille, Marie-Françoise, Bernard, Pierre-Henri, Théodore, Janika,

Merci de votre soutien et de votre amour.

À mes amis, Milène, Aurélia, Camille, Elsa, Mathieu, Vincent, Suzanne, Thomas, Anne-Laure, Thibault, Alexandre, Emmanuelle,

Merci pour ces bons moments passés entre internes. Ça y est, on arrive au bout. Bon courage à tous pour la suite !

À mes maîtres de stages,

En particulier Dr Christophe Creusat et Dr Sophie Marchal,

Vous m'avez transmis votre savoir, j'en ferai bon usage.

Soyez assurés de toute ma reconnaissance.

Aux médecins que j'ai remplacé,

Dr Derin, Dr Canton, Dr Fayon,

Merci de m'avoir ouvert les portes de vos cabinets et de m'avoir mis le pied à l'étrier.

Aux médecins ayant participés aux focus groupes,

Merci de votre disponibilité. Votre spontanéité m'a permis de construire ce travail.

Soyez assurés de tous mes remerciements

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS **17**

INTRODUCTION GÉNÉRALE **18**

ARTICLE : LA TÉLÉMÉDECINE EN ZONES RURALES : REPRÉSENTATIONS ET EXPÉRIENCES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES **21**

RÉSUMÉ 22

INTRODUCTION 23

MÉTHODES 24

RÉSULTATS 25

DISCUSSION 30

CONCLUSION 33

TABLEAUX ET FIGURES 34

BIBLIOGRAPHIE 37

CONCLUSION GÉNÉRALE **40**

ANNEXES **41**

GUIDE D'ENTRETIEN 42

ATTESTATION DE SOUMISSION 43

Liste des abréviations

- ALTIR : Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- HAD : Hospitalisation À Domicile
- HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle
- OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel
- PRS : Projet Régional de Santé
- PRT : Programme Régional de déploiement de la Télémédecine
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SFT : Société Française de Télémédecine
- TIC : Technologies de l'Informatique et de la Communication

Introduction générale

La télémédecine constitue une nouvelle forme de pratique médicale dont le développement est aujourd'hui en pleine expansion. Le numérique et les nouvelles technologies de communication sont utilisés dans notre vie quotidienne mais également au sein de la pratique médicale quotidienne. L'envoi de documents sécurisés via Internet est une pratique de plus en plus répandue entre professionnels de santé. On assiste à une dématérialisation des informations médicales au profit du tout numérique. La télémédecine est donc déjà pratiquée par les médecins depuis plusieurs années.
Les patients aussi ont vu évoluer leur rapport à la santé par le biais de la consultation de sites internet spécialisés qui leur donnent accès à un large éventail d'informations. Les patients s'approprient ces nouvelles technologiques entrainant parfois des échanges par mails entre médecins et patients.
La médecine à distance est donc déjà présente dans la vie quotidienne des patients et des médecins. Cependant, la France a pris du retard par rapport aux pays anglo-saxons et scandinaves, où les téléconsultations font déjà partie de leur pratique depuis une vingtaine d'années.

La définition et le cadre juridique de la télémédecine se sont précisés au fil du temps par l'intermédiaire de plusieurs lois. Elle doit tout d'abord être différenciée de la télésanté dont elle fait partie et qui regroupe également les services numériques liés à la santé, consultables par exemple sur Internet.
L'article 32 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie permet d'apporter une première définition de la télémédecine en indiquant qu'elle permet « *entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ».
Cette loi fut abrogée en 2009 avec l'avènement de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 dite loi « HPST » permettant de définir plus précisément la télémédecine et son cadre légal. « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.*
Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.
La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine permet d'en définir les 5 axes.

- La téléconsultation : un professionnel médical réalise une consultation à distance avec un patient. Un professionnel de santé peut être aux côtés du patient et l'assister.
- La télé-expertise : un professionnel médical sollicite l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient.

- La télésurveillance médicale : un professionnel médical interprète à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
- La téléassistance médicale : un professionnel médical assiste à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale (Service d'Aide Médicale Urgente : SAMU).

En 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) lance un appel à projet intitulé « territoire de soins numérique » auprès des Agences régionales de Santé (ARS) dans le but d'améliorer le système de soins par le biais de l'usage du numérique.
Les 5 domaines prioritaires étaient :
- la permanence des soins en imagerie. Certains établissements de soins ne disposent pas d'un nombre suffisant de radiologues pour établir un tour de garde. La télémédecine permet de délocaliser l'interprétation des examens radiologiques par la télétransmission d'images.
- la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). La télémédecine permet d'éviter le déplacement du patient vers un centre de référence. Celui-ci peut ainsi être soumis à l'avis d'un neurologue et le cas échéant bénéficier d'un traitement par thrombolyse sur place.
- la santé des détenus. L'accès aux consultations médicales est soumis aux contraintes financières et sécuritaires qu'engendre une extraction de détenu. L'objectif est d'offrir une qualité de soins équivalente à celle de la population générale.
- la prise en charge de la maladie chronique. L'objectif est de tendre vers une prise en charge ambulatoire des maladies telles que l'insuffisance rénale, cardiaque ou le diabète par le biais de l'utilisation d'outils de télémédecine.
- les soins en structure médico-sociale ou en Hospitalisation à Domicile (HAD). Le but est de favoriser le maintien à domicile en utilisant les nouvelles technologies et de permettre l'accès aux soins des personnes institutionnalisées.

L'ARS de Lorraine a déposé un projet et prévoyait des expérimentations dans le territoire meusien et du sud-toulois. Les différents axes de ce projet sont exposés dans le Programme Régional de déploiement de la Télémédecine (PRT). Outre les domaines prioritaires cités précédemment, ce projet prévoyait des expérimentations dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, de la chirurgie ou même de la génétique.
Le programme de l'ARS de Lorraine n'a pas été retenu par la DGOS. Cinq autres projets ont été sélectionnés en Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Rhône-Alpes et dans l'Océan Indien. L'objectif de cette démarche est de généraliser les solutions qui auront montré leur efficacité. Ces expériences permettront également de préciser le cadre légal de la télémédecine.

La problématique démographique médicale en Meuse et dans le sud-toulois, concernant la médecine générale ou les autres spécialités, favorise le développement de nouvelles formes de pratiques. Un audit sur la télémédecine a été réalisé à la demande de l'ARS de Lorraine, dans le cadre de son dépôt de candidature, auprès de différents partenaires (responsables de réseaux, personnels de l'ARS, médecins engagés dans des démarches de télémédecine). Nous nous sommes alors posé la question de la pertinence des expérimentations choisies et de l'appropriation de cet outil par les médecins généralistes.
En effet, la prise en charge de l'AVC, la santé des détenus, la permanence des soins en imagerie, sont des domaines où le médecin généraliste ne joue pas un rôle prépondérant.

L'ARS prévoyait également des téléconsultations spécialisées dans le traitement de l'épilepsie, représentant un faible nombre de patients dans une patientèle de médecin généraliste.
Les pouvoirs publics soutiennent le développement de la télémédecine et de la téléconsultation au travers du « Pacte Territoire Santé 2 ». Mais des questions demeurent : les médecins sont-ils prêts à changer leurs pratiques ? Quels sont les domaines de la téléconsultation ? Quels sont les moyens ? Quelle est la rémunération ?

Dans ce contexte nous nous sommes intéressés à la perception des médecins généralistes et à leurs attentes envers la télémédecine dans ces territoires.
Il existe aujourd'hui un engouement certain pour les nouvelles technologies en pratique médicale, mais peu d'études rapportent l'intérêt ou la représentation de la télémédecine par les médecins généralistes.
Nous voulions ainsi dresser un état des lieux des connaissances de la télémédecine et des applications qu'elle pourrait engendrer en s'intéressant en particulier à la téléconsultation. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse qualitative par focus groupes réalisés auprès de médecins généralistes meusiens et du sud-toulois.
Nous avons également entrepris de publier nos travaux afin que nos résultats puissent être pris en compte dans l'élaboration de cette nouvelle forme de pratique médicale.

Article

La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes.

Telemedicine in rural areas : representations and experiences from general practitioners.

La télémédecine vue par les médecins généralistes.

Auteurs : Maxime Durupt[a], Olivier Bouchy[a], Sonia Christophe[b], Joëlle Kivits[cde], Jean-Marc Boivin[a].

[a] Département de Médecine générale de Nancy, Université de Lorraine.

[b] Étudiante en sociologie, UFR Sciences humaines et sociales, Campus Lettres et Sciences Humaines, Université de Lorraine.

[c] Université de Lorraine, Université Paris Descartes, Apemac, EA4360, Nancy, F-54000, France.

[d] Université de Lorraine, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, Nancy, F-54000, France.

[e] CHRU Nancy, Pôle S2R, Service d'Information et Evaluation Médicale, Nancy, F-54000, France.

Résumé

Introduction. La télémédecine constitue une nouvelle forme de pratique médicale dont le développement est aujourd'hui en pleine expansion. Elle trouve un écho particulier dans certains territoires lorrains où le déficit en médecins généralistes et spécialistes nécessite le développement de nouvelles formes de pratiques. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations de la télémédecine, et de la téléconsultation en particulier, des médecins généralistes exerçant en zones déficitaires en offre de soins en Lorraine et d'identifier les avantages et désavantages perçus de son développement.
Matériel et méthode. Nous avons procédé à l'analyse des entretiens de 5 focus groupes de médecins (32 participants) entre juin 2014 et juillet 2015 dans un territoire à faible densité médicale.
Résultats. Cette étude montre qu'il existe une méconnaissance générale de la télémédecine. Les médecins expriment leur désir de préserver leur rôle de pivot et d'être acteurs de cette télémédecine qui ne devra pas leur être imposée. Les réticences en termes d'aspects juridiques et financiers sont des freins à son développement. Enfin, la télémédecine devra respecter un cadre légal en termes de responsabilité médicale et de sécurisation des données.
Discussion. On effectue déjà plus d'une centaine d'actes de télémédecine par jour en Lorraine. Bien qu'il s'agisse d'une solution permettant de faciliter l'accès aux soins dans les zones déficitaires, les médecins semblent vouloir préserver leur relation médecin-patient et ne se sentent pas prêts à modifier leur pratique.

Introduction. The development of telemedicine introduces new modes of practicing in healthcare. Telemedicine is particularly used and needed in remote areas in Lorraine (North East of France) that currently face a shortage of doctors and specialists. The objective of this study is to analyze general practitioner's representations of telemedicine and remote consultation. It also identifies the advantages and the disadvantages of this new kind of medical practice.
Methods. A qualitative research has been conduced. Five focus groups were realized with 32 doctors facing health professional shortage areas between June 2014 and July 2015.
Results. This study reveals a general misunderstanding of telemedicine. The doctors wish to keep being involved in this new medical practice by asserting their significant position in the process. Telemedicine should not be imposed to healthcare professionals. The reluctance to this new medical technology mainly relies on financial and juridical aspects that constitute obstacles to the development of telemedicine. Finally, this new mean of telecommunication has to respect specific policies regarding medical responsibility and data privacy.
Discussion. More than 100 medical treatments are delivered by telemedicine in Lorraine every day. This new technology is a solution to provide healthcare services in medically underserved areas. However, it seems that general practitioners want to preserve the "doctor patient" relationship and do not wish to change their practice.

Mots clés : télémédecine, téléconsultation, médecine générale, démographie médicale, recherche qualitative.

Keywords: telemedicine, remote consultation, general practice, medical demography, qualitative research.

Introduction

Face à la faible démographie médicale que connaissent certaines régions françaises dont la Lorraine, la télémédecine est présentée comme une solution prometteuse. Joindre à distance un professionnel permettrait de répondre plus rapidement aux besoins d'un patient présentant une malade chronique ou une pathologie aiguë et ce dans le respect d'une prise en charge efficiente et de qualité. Au-delà de sa contribution à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins, la télémédecine pourrait permettre également de répondre aux inégalités territoriales de santé (1). Urbains, ruraux, semi-ruraux bénéficieraient ainsi d'une offre de soins équitable (2).

La télémédecine constitue une nouvelle forme de pratique médicale dont le développement est aujourd'hui en pleine expansion. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 dite loi « HPST » définit la télémédecine et lui donne un cadre légal. « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Les conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » (3).*

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine en définit les 5 axes constitutifs (4) :
- La téléconsultation : un professionnel médical réalise une consultation à distance avec un patient. Un professionnel de santé peut être aux côtés du patient et l'assister.
- La télé-expertise : un professionnel médical sollicite l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient.
- La télésurveillance médicale : un professionnel médical interprète à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
- La téléassistance médicale : un professionnel médical assiste à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale (Service d'Aide Médicale Urgente : SAMU).

Actuellement, une expérimentation menée dans 5 régions françaises (Aquitaine, Bourgogne, Ile-de-France, Rhône-Alpes et Océan Indien) vise à améliorer le système de soins par le biais de l'usage du numérique. L'objectif est de généraliser les solutions qui auront montré leur efficacité et de fixer un cadre légal et une tarification à la télémédecine. Bénéficiant d'un contexte national porteur, la Lorraine a souhaité s'inscrire dans cette dynamique et a initié plusieurs projets sur son territoire. L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine en a fait une priorité de sa politique régionale d'organisation de l'offre des soins. Ainsi, dans le cadre de son Projet Régional de Santé (PRS) (5), la télémédecine figure parmi les 4 programmes d'action en tant que « Programme Régional de Télémédecine » (PRT) (6). Outre les domaines prioritaires fixés au niveau national par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (permanence des soins en imagerie, prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), santé des détenus, prise en charge de la maladie chronique, soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile) le PRT lorrain prévoit des

expérimentations dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, de la chirurgie et même de la génétique.

Si la télémédecine trouve un écho particulier en Lorraine, c'est aussi parce que le territoire fait face à une problématique de démographie médicale, particulièrement en Meuse et dans le sud-toulois. Le déficit en médecins généralistes et spécialistes nécessite le développement de nouvelles formes de pratiques. La télémédecine porte l'espoir d'une meilleure couverture des zones éloignées en offre de soins de second recours. Or, les expérimentations régionales demeurent essentiellement portées sur des soins aigus, en lien avec une prise en charge hospitalière ou des soins spécialisés. Ainsi, dans la plupart de ces cas, le médecin généraliste ne joue pas un rôle prépondérant. À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées aux représentations de la télémédecine par les médecins généralistes. Cette dimension est cependant essentielle à explorer car toute innovation ne peut exister que par le sens social que leur donneront les usagers (7).

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés à la perception des médecins généralistes exerçant en zones déficitaires en offre de soins en Lorraine, vis-à-vis de la télémédecine. Quelles étaient leurs attentes face à ces dispositifs innovants, particulièrement au sein des territoires ruraux ? L'objectif était d'explorer les représentations qu'ils se faisaient de la télémédecine, et de la téléconsultation en particulier. Nous avons cherché à identifier les avantages et désavantages perçus de son développement.

Méthodes

Protocole

Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groupes. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à produire, dans des délais courts, une grande variété d'idées, d'opinions et de croyances existant sur un sujet donné (8). Les caractéristiques de ce travail ont été développées selon les critères COREQ (9).

Cinq focus groupes ont été réunis entre juin 2014 et juillet 2015 : quatre dans la Meuse et un dans le sud-toulois (*figure 1*). Ces territoires ont été choisis en raison de leur éloignement par rapport au centre hospitalier universitaire de Nancy et leur faible densité médicale.
Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes installés en libéral exerçant sur le territoire concerné par l'étude. Le recrutement s'est fait par téléphone, par échantillonnage de commodité en recherche de variation maximale. Les médecins étaient répartis dans les différents groupes en fonction de leur emplacement géographique. Au total, 32 médecins ont participé à l'étude.

Un guide d'entretien a été élaboré et testé par une étude pilote. Il comprenait 5 questions ouvertes et des questions de relances afin d'enrichir le débat.

Dans un premier temps, la discussion s'ouvrait sur la télémédecine en général afin d'en recueillir la perception de chacun. Puis, le champ du débat était recentré sur la téléconsultation en particulier.

L'auteur (MD) était présent lors des 5 entretiens. Il était animateur pour deux d'entre eux, assisté par une sociologue (SC). Il était observateur dans les trois autres groupes, animés par un médecin généraliste (OB).
Les entretiens ont été enregistrés après information et accord oral des participants. Ils ont été ensuite intégralement retranscrits en assurant l'anonymat des participants. Les entretiens ont été analysés thématiquement (10) : les thèmes abordés, à partir du guide d'entretien et ceux émergeant spontanément lors des focus groupes ont été identifiés. Ils ont ensuite été organisés en unités de sens et catégorisés afin de répondre à la question guidant la recherche. L'analyse a été réalisée par MD, JK et OB.

Résultats

Description de la population. (*Tableau I*)

La moyenne d'âge des participants était de 51,5 ans [31 ; 67]. Un tiers des participants étaient des femmes. Les ¾ d'entre eux travaillaient en cabinet de groupe ; 53% en zone rurale, 34% en zone semi-rurale et 13% en zone urbaine. Tous les médecins étaient informatisés. La distance moyenne avec l'hôpital le plus proche était de 21 km. La distance moyenne avec le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy était de 74 km. Un tiers des participants avaient moins de 15 ans d'installation, un tiers entre 15 et 30 ans et un tiers plus de 30 ans. Les entretiens ont duré en moyenne 62 minutes [50 ; 70].

Représentations de la télémédecine. (*Tableau II*)

Une définition imprécise

Les connaissances qu'ont les médecins généralistes de la télémédecine sont très variables. Leur difficulté à fournir une définition met en évidence une méconnaissance et des projections approximatives de cette pratique: « *je ne sais pas s'il y a une définition précise* » (T4), « *j'ai du mal à imaginer la télémédecine* » (C1), « *ça reste quelque chose de très abstrait pour l'instant* » (V3).

Paradoxalement, les médecins parviennent à évoquer les différents axes de la télémédecine au travers d'exemples connus dans la région ou entendus dans les médias. Pour la téléconsultation, il est question « *de cabines de téléconsultation* » (B5) ou encore de la téléconsultation d'un spécialiste aux urgences « *pour le neuro-vasculaire* » (V4). La télésurveillance médicale est définie comme *« le suivi de paramètres qui peuvent être enregistrés à la maison* » (C4). Pour la télé-expertise, ils évoquent « *ce qui se fait déjà dans les réunions de concertation pluridisciplinaires* » (R2). La téléassistance médicale est évoquée au travers de l'exemple des « *chirurgies à distance, avec des robots* » (V1). Enfin, la réponse médicale, lorsqu'ils sont « *guidés par les médecins du SAMU* » (C3).

Concernant la téléconsultation, deux éléments sont essentiels à leur compréhension. D'une part, elle est perçue comme une aide à distance permettant de contacter un professionnel de santé pour un avis : « *on suppose qu'on peut communiquer visuellement avec un professeur ou une personne compétente en dermato, en neuro pour nous aider* » (R1). Plus qu'une

innovation, elle est perçue comme un prolongement des pratiques existantes. Un médecin parle d'une « *ébauche avec le téléphone depuis longtemps déjà* » (V6).
D'autre part, la téléconsultation est décrite comme un moyen technique favorisant l'accès aux soins et permettant de « *rapprocher la campagne de la ville* » (R1). Les médecins voient la possibilité de s'affranchir des distances « *pour les patients qui ne sont pas faciles à transporter* » (B4) et ainsi leur permettre « *d'épargner le temps de transport* » (B2).
Est évoquée également la possibilité de « *raccourcir les délais* » (B3) de rendez-vous en émettant toutefois des réserves : « *ce n'est pas garanti ça* » (T4).

Une opportunité pour innover sa pratique

L'intérêt de ces nouveaux modes d'exercice se situe, pour les médecins rencontrés, dans le contexte contraint actuel de l'offre de soins. Les délais de rendez-vous auprès des spécialistes de second recours sont jugés trop longs : « *on est ralenti quand on veut des rendez-vous. C'est bien simple, un rendez-vous maintenant c'est 6 mois* » (R1), « *un rendez-vous chez le cardiologue c'est 3 mois sauf urgence où c'est dans la journée, il n'y a pas d'intermédiaire* » (V4). La télémédecine apparaît alors comme une solution à envisager, étant donné le faible nombre de spécialistes dans certains territoires.

La téléconsultation apparaît aussi comme une pratique médicale dont l'intérêt reste à démontrer, les technologies actuelles satisfaisant déjà les praticiens : « *je me pose la question de la nécessité aujourd'hui* » (T6), « *on a fait comme ça jusqu'à maintenant. Pourquoi est-ce qu'on changerait* ? » (V6), « *avec Facetime®, Skype®, on peut faire des choses assez simples et rapidement* » (T6). Cependant son développement leur paraît cohérent dans la continuité de l'informatisation des cabinets : *« c'est inéluctable, comme l'informatisation* » (B8). Pour les médecins rencontrés, la télémédecine est appelée à s'intensifier et deviendra une pratique nécessaire car « *on va créer un besoin* » (B8) et « *à un moment donné on ne pourra plus s'en passer* » (B6).

Les spécialités envisagées en téléconsultation

Selon les médecins rencontrés, peu de spécialistes répondent à la nécessité d'une téléconsultation.
La dermatologie est le recours le plus abordé et paraît la mieux adaptée car « *si on peut montrer par télétransmission la lésion cutanée, ça pourrait être intéressant* » (R2). « *La dermato, ça me paraît quelque chose d'évident* » (C4).
La neurologie est la deuxième spécialité abordée : « *la neurologie, c'est la plus dure d'accès* » (V6), puis la psychiatrie « *tout ce qui est dépression, addiction* » (V1), ainsi que la cardiologie : « *on est amené à faire des électrocardiogrammes et avoir une interprétation, ça nous serait parfois bien utile* » (R4).
D'autres domaines sont, au contraire, jugés inadaptés car la difficulté réside, selon eux, dans les gestes techniques qui ne sont pas réalisables à distance : « *quand il y a des gestes à faire c'est compliqué* » (T6). « *La consultation de télémédecine ne va pas supprimer l'acte technique du spécialiste* » (R1).

Préserver la place du patient et la qualité de la relation médecin-patient

La télémédecine est aussi envisagée du point de vue de la consultation et des transformations potentielles sur la relation entre le médecin et le patient. Le contact physique est au cœur des discussions, la télémédecine représentant une menace à la préservation de ce lien essentiel à

l'examen clinique, au bon diagnostic et à l'aspect relationnel caractéristique de leur pratique de médecine générale : « *il ne faut pas shunter l'examen clinique du médecin* » (T3), *« c'est une appréciation personnelle donc même en visio-conférence ça ne va pas être évident* » (R1). Pour certains participants, il s'agit d'une vraie limite au développement de la télémédecine : « *la téléconsultation ne remplacera pas la vraie consultation* » (C4), « *le contact ne sera jamais remplacé par une machine* » (T1).

Les dispositifs de télémédecine sont par ailleurs perçus comme générant une perte d'information essentielle venant de la rencontre en face-à-face avec le médecin. Téléconsulter supprime la première phase de consultation qui commence dès la porte du cabinet franchie : « *il manque quand même toute la partie où le patient rentre dans le bureau et où on commence déjà à se dire il y a ci, il y a ça* » (V4). Pratiquer la téléconsultation, « *c'est forcément réducteur* » (V6), « *il y a un risque majeur de sous diagnostic ou de perte d'information* » (B5).

Les participants expriment aussi leurs craintes vis-à-vis de la demande des patients qui, selon l'avis général, « *vont être demandeurs* » (B9). Le caractère novateur et immédiat risque de prendre le pas sur l'écoute au cœur du colloque singulier : « *c'est nouveau, c'est moderne* » (V6), il y a un « *besoin d'immédiateté* » (V1). Sont craintes les demandes abusives de la part des patients auxquelles devront faire face les praticiens : « *si c'est eux qui peuvent avoir accès à la télémédecine, il y aura des débordements, ils appelleront pour tout et n'importe quoi, ce sera l'anarchie la plus totale* » (T8).
Enfin, les médecins évoquent le risque de « *dépersonnaliser* » (T1) le patient : « *si c'est un discours entre experts et qu'on ne parle plus qu'entre nous* » (T1) et le risque d'un « *désengagement du médecin vis-à-vis de ses patients* » (V1).

L'organisation d'une téléconsultation (*Tableau III*)

Une mise en œuvre complexe, orchestrée par le médecin généraliste

Pratiquer la télémédecine apparait complexe pour les médecins rencontrés. Les réticences sont nombreuses, à la fois techniques, logistiques ou relatives à la formation. En l'absence d'exemples concrets de proximité, les médecins développent des représentations négatives quant à l'organisation de la télémédecine et posent alors des conditions nécessaires à son bon développement : « *il faut que ce soit organisé. Il faut un cadre* » (C5). Certains imaginent alors « *des nouveaux métiers* » (V2) où le médecin généraliste se situerait comme *« un médecin parmi d'autres appartenant à un système qui donne réponse à un patient abonné à ce système* » (V6).

Le médecin généraliste doit rester, selon eux, le « pivot » de la téléconsultation. En effet, tout dispositif de télémédecine doit s'inscrire dans un parcours de soin cohérent où le médecin généraliste occupe une position centrale qu'il convient de conserver : « *il faut que la télémédecine soit dans le parcours de soins avec le médecin traitant au centre* » (T6), « *le médecin traitant doit garder son rôle, son utilité pour se faire l'interprète de son patient* » (R2) afin « *d'avoir des vrais échanges et de rester en position de coordination* » (T1). Il semble essentiel pour l'ensemble des participants qu'il revienne au médecin traitant de décider de la réalisation ou non de la téléconsultation : « *c'est nous qui allons poser l'indication* » (C4).

L'inscription de la télémédecine dans le parcours de soins du patient est une garantie pour le médecin qui reste maître de sa pratique, mais surtout une condition *sine qua non* à son utilisation : *« si ce n'est pas un outil que moi j'ai choisi, il risque d'y avoir de la poussière dessus* » (T4). La crainte est de se voir imposer des manières de pratiquer qui ne leur correspondent pas, par des instances publiques, des sociétés privées ou des mutuelles : « *sinon ça va être des grandes boites qui vont nous proposer des systèmes clé en main et on n'aura pas du tout ce qu'on veut* » (T8). Les participants craignent également qu'une différence soit faite entre les médecins utilisant la télémédecine et ceux ne l'utilisant pas : « *les mutuelles peuvent utiliser ça* » (T4) pour orienter leurs patients vers des cabinets équipés.

D'un point de vue matériel, les médecins expriment leur volonté de simplicité. Ils souhaitent « *qu'il n'y ait qu'un système* » (T8) ou « *une interface commune* » (V6). Une crainte est soulevée concernant les « *problèmes techniques* » (B5) dans un territoire rural où la qualité de la connexion internet est inégale.

La formation des médecins est enfin évoquée car « *il faudra un temps d'initiation* » (C1), temps nécessairement long et complexe à mettre en place, sans compter le temps d'apprentissage du côté du patient.

Gain ou perte de temps ?

La télémédecine est tantôt vue comme un atout, tantôt comme un obstacle dans l'organisation de leur « *temps médical* » (B2). L'atout est de pouvoir faire gagner du temps au patient, notamment dans l'accès plus rapide à un spécialiste : « *on passe aujourd'hui pratiquement plus de temps à relancer les spécialistes pour obtenir un rendez-vous qu'à faire avancer le patient* ». L'obstacle est la perte de temps, la téléconsultation étant considérée comme « *chronophage* » (R2) : « o*n va passer 2 ou 3 fois plus de temps pour faire cette téléconsultation* » (T4), « *le temps passé sur ses connexions, il* [le médecin] *ne le passera pas en consultation* » (V2). Les participants estiment ainsi que la télémédecine ne doit pas se généraliser et remplacer les pratiques habituelles, mais qu'elle devra rester « *une activité annexe, partielle* » (V4), utilisée « *une fois de temps en temps* » (R1).

Par ailleurs, les disponibilités des médecins spécialistes étant déjà limitées en consultation physique, il leur est difficile d'imaginer que les médecins experts *« se rendent suffisamment disponibles pour apparaître à l'écran immédiatement* » (V6).
Ainsi, la téléconsultation « *ne peut pas être une consultation d'urgence* » (T2), « *il faut que ce soit des consultations programmées* » (T7). La création d'un « *système de rendez-vous* » (V5) ou « *d'horaires dédiés* » (T8) sont des exemples qui permettraient d'organiser ces consultations.

Travailler avec des partenaires de proximité

L'organisation d'une téléconsultation implique la présence physique ou distante, synchrone ou asynchrone de nouveaux partenaires, notamment l'expert téléconsulté qui ne sera pas nécessairement connu par les praticiens requérants et qui fait craindre une prise en charge de mauvaise qualité. Les médecins suggèrent alors qu'ils seraient plus en confiance avec des partenaires locaux : *« il faudrait vraiment que je connaisse bien le correspondant en face* » (B6). De plus, certains expriment la nécessité de ne travailler « *qu'avec le CHU et les hôpitaux* » (T2), n'envisageant pas l'implication des médecins libéraux : « *je ne vois pas les libéraux faire ça* » (T3).

Les patients et les paramédicaux sont identifiés comme les autres partenaires de la téléconsultation, bien que les médecins expriment des difficultés à imaginer les acteurs présents lors d'une consultation à distance. La présence du patient est elle-même remise en question : *« le patient doit-il être présent ou pas, je ne sais pas. Dans certaines mesures oui* » (R3), « *je ne vois pas trop l'intérêt d'être deux* » (V2) ; pour d'autres en revanche « *il paraît indispensable que le patient soit là* » (R2).

Conformément à leur souhait de préserver la corporéité de la relation médecin-patient, la majorité se voit aux côtés du patient, le spécialiste de l'autre côté : « *je me vois plus avec mon patient dans mon cabinet et le spécialiste sur l'écran, mais c'est moi qui toucherai. Je me vois plus être acteur* » (T7). Ce principe de présence n'est pas partagé par tous et deviendrait même une contrainte : « *moi je n'assiste pas aux consultations quand j'envoie chez un spécialiste* » (B6), « *est ce qu'on va être obligé d'assister à toutes les consultations des patients ?* » (T2).

La présence des paramédicaux est enfin envisagée afin d'aider certains patients ou pour prendre un avis directement : « *les patients handicapés qui ne peuvent pas s'exprimer correctement* » (R2), « *l'infirmière pourrait très bien avoir un contact avec le spécialiste* » (R4). Dans les institutions, l'infirmière pourrait aider à la consultation *« dans une maison de retraite, c'est peut-être l'infirmière qui peut prendre la tension, elle pose le stéthoscope et nous on entend* » (V3).

Concernant le lieu d'exercice d'un acte de téléconsultation, c'est aussi la proximité qui prédomine : « *il serait plus raisonnable de le faire à partir d'un cabinet de groupe ou Maison de Santé Pluri-professionnelle* (MSP) » (R2) ou d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes « *EHPAD* » (V2).

Aspects financiers et juridiques (*Tableau IV*)

Aspects financiers

La question polémique est celle de la rémunération d'un acte de téléconsultation : « *comment je vais me faire payer* ? » (B1). Les médecins rencontrés ne sont pas sans idée sur ce sujet : « *créer un nouvel acte, une nouvelle cotation* » (B7), « *s'acheminer vers une rémunération forfaitaire de l'acte* » (R2), « *il faut que le tarif soit adapté* » (R1) et « *il faut que ce soit supérieur au prix de la consultation* » (V6).

Il s'agit également des autres partenaires, comme les médecins spécialistes d'organe qui ne vont « *pas pouvoir beaucoup chiffrer de dépassements d'honoraires* » (V2). Est évoqué aussi le coût de la plateforme permettant la télémédecine : « *il va bien falloir la rémunérer* » (V1) et du coût du matériel jugé excessif : « *si c'est estampillé matériel médical, ça va être très cher* » (V5). Le financement « *paraît compliqué* » (R3) et les médecins rencontrés espèrent « *qu'il ne sera pas à la charge des médecins* » (V2). Ils attendent donc une aide publique : « *si l'économie est pour la société, il serait bien que la société finance ce matériel* » (V2).

Enfin, ils redoutent que la télémédecine soit avant tout un enjeu économique. *« La sécurité sociale gagne à ce qu'on épargne la mobilisation du patient* » (B2), « *l'ARS met des sous là-dedans parce que ça rapporte plus* » (B5). Il est supposé que le coût d'une téléconsultation

sera moindre qu'un déplacement du patient. Le but de la télémédecine leur paraît relever avant tout d'une *« économie de santé* » (R3).

Aspects juridiques

Les médecins sont inquiets de l'absence de cadre légal à l'heure actuelle : « *il n'y a pas de cadre vraiment* » (T4), « *je ne sais pas à ce jour s'il existe une charte de la télémédecine* » (T2). Il leur paraît nécessaire de « *bien définir des règles si un jour ça se fait* » (B6), « *sinon il y aura tout et n'importe quoi* » (T8). Ils ne connaissent pas « *l'instance qui va décider de tout ça* » (V6). Pour certains, il s'agira de l'ARS : « *il y a aura des budgets donc ça va être défini par l'ARS* » (V1) ; pour d'autres, les sociétés privées ou les mutuelles pourraient jouer un rôle : « *tu auras une boite derrière qui chapeautera le truc* » (V4) ; « *si c'est les assurances et mutuelles qui prennent ça en charge, ça va être compliqué* » (T5).

Le problème de la responsabilité est aussi évoqué et pour eux « *il existera tel qu'il existe déjà aujourd'hui, chacun va endosser la responsabilité* » (R2), « *elle sera partagée ?* » (V2).
Se pose aussi la question de « *la sécurité, de la confidentialité* » (C4) des données afin d'éviter le risque « *d'être piraté* » (C1). Il faut préserver le « *secret médical* » (T1).
D'autre part, « *il faudra l'accord du patient aussi. Avec une signature* » (T5) car « *il y a le droit à l'image* » (T6) du patient.

Discussion

Limites de l'étude

Les focus groupes ont été animés par des médecins généralistes, ce qui a pu influencer les réponses des participants et créer un biais d'investigation. La co-animation a permis cependant de limiter ce risque, la deuxième personne modérant la conversation et veillant au respect du guide d'entretien.
Les données collectées lors de l'étude pilote ont été exploitées. Il s'agissait d'un focus groupe réalisé au sein de la maison médicale où travaille l'un des auteurs de cet article. Cependant, ce dernier n'a pas participé à cette réunion afin de ne pas influencer ses collègues.
Nous avons réparti les autres focus groupes sur l'ensemble du territoire retenu en tentant d'avoir la plus grande variabilité de participants. Des médecins contactés ont refusé de participer par manque de temps ou crainte de non-respect de l'anonymat. D'autres ayant accepté de participer ne sont pas venus. Nous aurions pu réaliser des entretiens individuels afin de recueillir leur opinion.
En revanche, l'ensemble des médecins généralistes participants n'avait aucune expérience concernant la pratique de la télémédecine.

Des perceptions à contextualiser

Le débat sur la télémédecine intervient dans un contexte de changement des pratiques médicales. Le « pacte territoire-santé » mis en place depuis 2012 (11) prévoit le déploiement de la télémédecine. Le projet de loi de modernisation du système de santé adopté en décembre 2015 met l'accent sur les soins de proximité. Ils permettront d'apporter une réponse au virage

ambulatoire souhaité par les médecins (12). De plus, on observe un accueil favorable de la part des patients envers les nouvelles technologies. Un sondage réalisé en 2013 révélait que 64% des 50-65 ans seraient intéressés par la téléconsultation (13). Une étude récente révèle que les patients des zones isolées en Lorraine voient positivement le développement de la télémédecine, notamment en termes de gain de temps et de suivi des maladies chroniques. Les réticences des patients concernent essentiellement les craintes quant à la qualité des soins (14). Cependant, l'enjeu est de taille car seuls 15% du territoire meusien sont éligibles à l'internet à très haut débit (15). Ceci met à mal la fiabilité et la sécurisation de la connexion.

Les médecins interrogés citent peu d'exemples existants de téléconsultations, alors que la région Lorraine compte déjà plus d'une centaine d'actes de téléconsultation par mois (16). La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans les hôpitaux de Bar-le-Duc et Verdun s'effectue par téléconsultation auprès d'un neurologue spécialisé en neuro-vasculaire situé au CHU de Nancy (17)(18). Le centre de dialyse de Bar-le-Duc utilise également les téléconsultations avec les médecins de l'hôpital de Verdun et de l'Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ALTIR) (19). En milieu libéral, des téléconsultations d'addictologie sont organisées dans la maison médicale de Revigny-sur-Ornain (20).

Cette méconnaissance peut expliquer la difficulté qu'avaient les médecins rencontrés à se sentir concernés par cette nouvelle forme de consultation. Ce sentiment peut s'expliquer aussi par la proportion importante de médecins installés depuis plus de 30 ans et qui ne souhaitent pas voir leur mode d'exercice évoluer.

Les médecins exerçant seuls ou en ville, expriment majoritairement un sentiment de réticence vis-à-vis de la télémédecine. On peut alors supposer que l'exercice seul ne permet pas l'organisation de consultations à distance puisque cela requiert un investissement de temps et d'argent trop important pour un seul médecin. La tendance actuelle est au regroupement des médecins en cabinet de groupe ou Maison de Santé Pluri-professionnelle (21) qui facilitent l'accès à de nouvelles pratiques médicales. Le phénomène d'émulation de groupe permet d'envisager de changer son mode d'exercice et d'accueillir des projets comme la téléconsultation.

Cette réticence n'est certes pas propre à la région. Manque de temps, dégradation de la relation médecin-patient, perte de l'examen clinique, risque d'erreur diagnostique sont les freins à la téléconsultation évoqués par des médecins généralistes interrogés dans une étude similaire menée dans les Pays de la Loire (22).

La télémédecine trouve un écho favorable lorsque l'imagerie est au cœur du dispositif. Ainsi, alors que les participants mentionnent peu de spécialités pouvant être compatibles avec une téléconsultation, la dermatologie semble, elle, évidente : la visualisation y est primordiale et l'envoi de photographies par Internet ou smartphone est d'ores et déjà une pratique répandue (23). Les expérimentations de télémédecine prometteuses, telles que les téléconsultations facilitant l'accès aux soins des personnes âgées vivant en EHPAD, ne sont pas ou peu mentionnées, alors qu'elles se développent actuellement sur le territoire français (24).

Selon Mathieu-Fritz et Esterle (25) : « *La culture professionnelle constitue dans certains cas un facteur d'opposition à l'usage du dispositif de télé-présence au sein du monde médical* ». Deux enjeux se nouent plus spécifiquement autour du développement de la télémédecine et peuvent expliquer les représentations négatives observées dans notre étude.

D'une part, la ritualisation de l'acte médical incarnée par la rencontre physique entre le médecin et son patient, et la nécessité d'entretenir un colloque singulier, intime et confidentiel, constituent des freins certains au développement de la télémédecine et à son appropriation par les professionnels. Les médecins expriment la crainte d'une dégradation de la relation médecin-patient par le biais de l'utilisation excessive de nouvelles technologies. L'interaction est primordiale en médecine générale et les médecins rencontrés ne voient pas comment cela pourra être préservé en télémédecine. Ce sentiment de déshumanisation se retrouve également dans une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Franche Comté (26).
D'autre part, l'utilisation de la téléconsultation suggère que l'on puisse faire appel à un médecin distant voire étranger. Ce partage des tâches entraîne la « *délégation d'une partie du jugement* » (25) du spécialiste vers un autre professionnel ; or le jugement constitue l'essence même de l'identité professionnelle, particulièrement exacerbée dans le champ médical où la définition de la maladie est source de pouvoir (27). Cette hypothèse génère la crainte d'une prise en charge de mauvaise qualité ou d'une médecine au rabais. Les plateformes téléphoniques de certaines grandes enseignes délocalisées à l'étranger contribuent à renforcer ce sentiment.
Mais les médecins évoquent aussi la crainte d'une perte d'information, la téléconsultation ne permettant pas de visualiser les étapes pré et post consultation. Evaluer le comportement du patient auprès des autres personnes présentes dans le cabinet, analyser sa démarche depuis la salle d'attente, son déshabillage, sont des étapes qui constituent l'essence de la pratique de la médecine générale : les évincer revient à dégrader la qualité du diagnostic, mais aussi de la prise en charge.

Attentes des médecins généralistes

Les principaux avantages attribués à la télémédecine sont la facilité d'accès au second recours et la réduction des déplacements. En effet, la pénurie de médecins spécialistes de second recours dans ces territoires, libéraux ou hospitaliers, contraint les généralistes à adresser leurs patients vers les CHU voisins, Nancy ou Reims, distants d'une centaine de kilomètres. Ainsi, les délais de rendez-vous sont longs et le déplacement des patients parait inévitable. On observe d'ailleurs depuis 2007 une diminution de la densité de médecins généralistes et autres spécialités en Meuse, un vieillissement de la population et une augmentation du nombre de maladies chroniques (28). La télémédecine serait donc une solution à la perte de chance due à cette pénurie de médecins.

De cette étude, apparaît clairement le souhait que le médecin traitant conserve son rôle de pivot. Si le développement de la téléconsultation peut sous-entendre un accès illimité du patient à toutes les spécialités, le médecin traitant doit rester au centre du parcours de soins coordonnés tel que le conçoit la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie (29).

De plus, les médecins interrogés ne souhaitent pas voir se reproduire le même schéma que celui qui a conduit à la généralisation du tiers payant. Cette décision prise sans concertation avec les représentants des médecins est vécue comme une contrainte et est donc fortement contestée. Un scénario similaire s'était produit lors de l'avènement de la télétransmission des feuilles de soins. A l'époque, la mise en place du programme SESAM-vitale avait été décriée (30). Les médecins ne veulent donc pas que la télémédecine leur soit imposée. Ils souhaitent au contraire, être acteurs de sa mise en place afin de créer un outil qui leur sera utile dans leur pratique.

Cet outil doit surtout être conçu par et pour ses utilisateurs. Il semble en effet essentiel de questionner les usagers, comme dans tout cadre d'innovation technologique (7). Les médecins veulent être acteurs de l'avènement de la téléconsultation. C'est dans cette optique que le conseil national de l'ordre des médecins a publié ses préconisations dans son livre blanc sur la télémédecine (31).

Concernant la responsabilité médicale en téléconsultation, elle est la même que pour un acte physique à la différence que le médecin requérant doit recueillir le consentement libre et éclairé du patient après information écrite ou orale. Une clarification sur ce point semble donc indispensable pour obtenir l'adhésion des médecins à cette pratique comme le précise le Dr Pierre Simon, alors Président de la Société Française de Télémédecine (SFT-Antel) (32).
La rémunération est un point capital car à ce jour, elle est encore mal encadrée. Pour l'instant, seules certaines régions pilotes bénéficient de fonds pour le financement d'expérimentations en télémédecine (33).

Les médecins se posent également la question de la formation à ces nouvelles techniques. Il existe à l'heure actuelle des formations à la pratique de la télémédecine. Elles sont validées par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) et sont dispensées notamment par la Société Française de Télémédecine (SFT-Antel) (34).

Conclusion

Les médecins interrogés semblent démunis et expriment en majorité leurs réticences vis-à-vis de la télémédecine. Aujourd'hui, le numérique fait partie intégrante de la pratique médicale quotidienne. Les patients deviennent de plus en plus acteurs de leur santé grâce aux informations médicales relayées par Internet. En définitive, c'est la relation médecin-patient qui évolue. Pour en préserver la qualité, les médecins devront intégrer ces nouvelles technologies dans leur exercice quotidien afin de rester le pivot du parcours de soins.

Tableaux et figures

Figure 1 : Carte représentant les 5 lieux de réunions : Revigny-sur-Ornain, Bar-le-Duc, Toul, Void-Vacon pour le groupe Commercy, Damvillers pour le groupe Verdun.

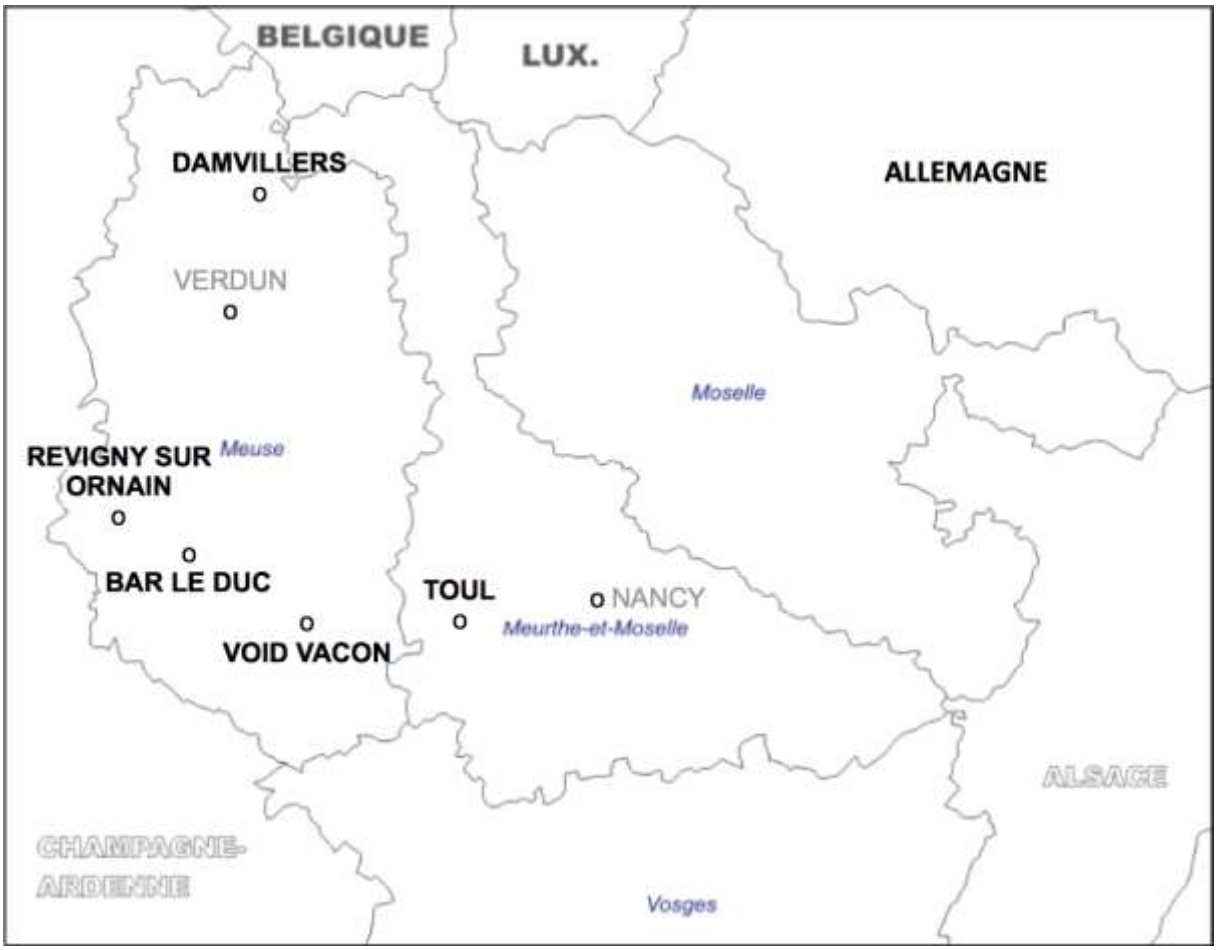

Tableau I : population de l'étude.

Médecins	Age (années)	Sexe	Exercice	Milieu
Revigny-sur-Ornain (55)				
-R1	64	H	Groupe	Semi-rural
-R2	67	H	Groupe	Semi-rural
-R3	53	F	Groupe	Semi-rural
-R4	55	H	Groupe	Semi-rural
Bar-le-Duc (55)				
-B1	62	H	Seul	Rural
-B2	37	H	Groupe	Rural
-B3	57	H	Groupe	Rural
-B4	59	H	Groupe	Urbain
-B5	50	H	Groupe	Rural
-B6	59	H	Seul	Urbain
-B7	59	H	Groupe	Semi-rural
-B8	61	H	Groupe	Rural
-B9	31	F	Groupe	Rural
Commercy (55)				
-C1	62	H	Groupe	Semi-rural
-C2	32	H	Groupe	Semi-rural
-C3	53	H	Groupe	Rural
-C4	51	H	Groupe	Rural
-C5	60	F	Seul	Semi-rural
Verdun (55)				
-V1	49	F	Seul	Semi-rural
-V2	36	F	Groupe	Rural
-V3	51	H	Groupe	Rural
-V4	43	H	Seul	Rural
-V5	57	H	Groupe	Rural
-V6	50	H	Groupe	Semi-rural
Toul (54)				
-T1	31	F	Groupe	Rural
-T2	60	H	Groupe	Rural
-T3	33	H	Groupe	Urbain
-T4	58	H	Groupe	Rural
-T5	62	H	Seul	Semi-rural
-T6	38	H	Groupe	Rural
-T7	47	F	Seul	Urbain
-T8	60	F	Seul	Rural

Tableau II : représentations de la télémédecine.

Représentations de la télémédecine
Aspects positifs
- Facilite l'accès aux soins **- Déjà pratiquée** **- Évolution logique de la pratique médicale** **- Engouement envers les nouvelles technologies**
Aspects négatifs
- Méconnaissance de la télémédecine et de ses applications **- Peu de spécialités de second recours envisagées** **- Perte de l'examen clinique physique** **- Dégradation de la relation médecin-patient** **- Perte d'informations non verbales**

Tableau III : Organisation d'une téléconsultation.

Organisation d'une téléconsultation
Souhaits des médecins
- Simplicité d'utilisation **- Être le pivot de la téléconsultation** **- À développer avec des partenaires locaux, dans des lieux de proximité** **- Accompagnement du patient**
Craintes
- Complexité **- Problèmes techniques** **- Formation des médecins, des patients** **- Chronophagie**

Tableau IV : Aspects financiers et juridiques.

Aspects financiers et juridiques
Souhaits des médecins
- Clarifier le cadre légal de la pratique de la téléconsultation **- Obtenir un financement du matériel par les instances publiques** **- Garantir une responsabilité médicale partagée** **- Préserver le secret médical**
Craintes
- Coût d'investissement excessif **- Mainmise des ARS, assurances et mutuelles**

Bibliographie

1. Kubiak Y. Le Pacte Territoire Santé, garant de qualité et d'accessibilité des soins. INSEE Dossier Lorraine numéro 1. mai 2015; Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/insee-dossier/lor_ind_01/lor_ind_01_fic5.pdf

2. Organisation Mondiale de la santé. Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. 2008.

3. Code de la santé publique. Article L6316-1 loi HPST. legifrance.gouv.fr. 2009.

4. Code de la santé publique. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1. legifrance.gouv.fr.

5. Agence Régionale de Santé de Lorraine. Projet Régional de Santé 2012-2017. 2012. Disponible sur : www.ars.lorraine.sante.fr

6. ARS de Lorraine. Programme Régional de déploiement de la Télémédecine. 2011. Disponible sur : www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/Plan_Action_PRT_v20111216.pdf

7. Akrich M, Méadel C. Problématiser les usages. Sciences sociales et santé. 22(2):5-20.

8. Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N. Qu'est-ce que les focus groups ? Bulletin de psychologie. juin 2004;57(3):237-43.

9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. septembre 2007;19(6):349-57.

10. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck Supérieur. 2014.

11. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Le pacte territoire santé : pour lutter contre les déserts médicaux. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html

12. Baschet-Vernet M. Colloque MG France : pour un virage ambulatoire cohérent et réussi ! 2015. Disponible sur : http://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/812-pour-un-virage-ambulatoire-coherent-et-reussi

13. Humanis. Résultats du Baromètre Santé Humanis 2013. 2013. Disponible sur : https://presse.humanis.com/actualites/resultats-du-barometre-sante-humanis-2013-1ad7-186aa.html

14. Vinel V, Kessler-Bilthauer D, Voléry I, Kivits J, Lamongie L, Christophe S. Se soigner en zones rurales lorraines : trajectoires de soins, perceptions des territoires et obstacles à l'égalité de l'accès aux soins médicaux. 2016. Rapport de recherche pour la Maison des Sciences de l'Homme de Lorraine et la Région Lorraine. 120 p.

15. Observatoire France Très Haut Débit. 2016. Disponible sur : http://observatoire.francethd.fr

16. CHRU Nancy. Téléconsultations gériatriques : une première en Lorraine. 2015. Disponible sur: http://www.chu-nancy.fr/index.php/51-telemedecine

17. Toussaint L. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux graves au centre hospitalier de Verdun en 2012. [Thèse de médecine générale]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013.

18. Raulot L, Mione G, Hoffmann CP, Bracard S, Braun M, Brunner A, et al. Intravenous thrombolytic therapy for ischemic stroke via telemedicine compared with bedside treatment in an experienced stroke unit. European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine. déc 2015;4(4):119-25.

19. ARS de Lorraine. Lorraine : lancement réussi du service ODYS pour les premières téléconsultations en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM). 2013. Disponible sur : www.ars.lorraine.sante.fr

20. Arnaud M. Téléconsultation en addictologie en Meuse : intérêts et reproductibilité à partir d'une expérimentation au sein du pôle de santé pluri-professionnel de Revigny. [Thèse de médecine générale]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2015.

21. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. sept 2010;(157). Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

22. Bidault Diallo A. Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. [Thèse de médecine générale]. [Angers]: Université d'Angers; 2013.

23. Tesnière A, Leloup P, Quéreux G, Maillard H, Pedailles S, Leccia M-T, et al. Avis dermatologiques à distance : une enquête interrégionale. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. févr 2015;142(2):85-93.

24. Mines Paris. Evaluation d'un dispositif de Télémédecine- TELEGERIA les nouvelles technologies au service des personnes âgées. 2007. Disponible sur : http://docplayer.fr/1631482-Evaluation-d-un-dispositif-de-telemedecine.html

25. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches. Revue française de sociologie. mai 2013;Vol. 54(2):303-29.

26. Lavaill L. Télémédecine : Définition, applications et enquête auprès des médecins généralistes de Franche-Comté. [Thèse d'exercice de médecine générale]. [Besançon]: Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie; 2011. Disponible sur : www.sudoc.abes.fr.bases-doc.univ-lorraine.fr

27. Freidson E. La Profession médicale. Paris: Payot; 1984. 369 p.

28. Ordre national des médecins, Le Breton-Lerouvillois G, Rault J-F. La démographie médicale en Lorraine. Situation en 2013. 2013.

29. Code de la sécurité sociale. Article L162-5-3. Disponible sur: legifrance.gouv.fr

30. Troptard A-M. Étude des motifs de non-télétransmission des feuilles de soins par les médecins en France. [Thèse de médecine générale]. [Strasbourg]: Faculté de Médecine de Strasbourg; 2014. Disponible sur : apima.org

31. Conseil National de l'ordre des médecins. Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'ordre des médecins. 2009.

32. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. novembre 2008. Disponible sur :
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

33. Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Article 36. 2013. Disponible sur : legifrance.gouv.fr

34. SFT-Antel. Offre de formation en télémédecine. 2016. Disponible sur: http://www.ticsante.com/l-Antel-lance-une-offre-de-formation-en-telemedecine-NS_1850.html

Conclusion générale

Pour les médecins interrogés, la télémédecine est une suite logique dans l'évolution des pratiques médicales. L'utilisation de l'outil informatique est aujourd'hui essentielle au fonctionnement d'un cabinet médical. Il est donc capital que les progrès en matière de télécommunication puissent générer des applications en médecine générale.

Les connaissances des médecins en matière de télémédecine sont minces. Elle leur semble cependant être une solution aux problèmes engendrés par la désertification médicale. Les médecins sont favorables à l'utilisation de nouvelles technologies, mais actuellement l'intérêt de la télémédecine leur parait assez faible. En effet, les technologies actuelles leur permettent déjà de contacter des spécialistes d'organes par le biais d'un simple coup de téléphone ou d'un courrier électronique. Ils craignent que l'emploi d'un écran dégrade leur relation médecin-patient en supprimant le contact physique de l'examen clinique. Ceci pourrait engendrer une perte d'information qu'ils souhaitent réduire en interagissant uniquement avec des partenaires locaux. En effet, une relation de confiance entre professionnels de santé leur semble primordiale.
Les médecins souhaitent que la télémédecine soit simple d'utilisation, d'un faible coût d'investissement et que sa rémunération soit plus élevée qu'une consultation physique.
Ils veulent se voir conserver leur rôle de pivot du parcours de soins afin d'avoir le choix d'en poser l'indication ou non. De ce fait, la télémédecine ne devra pas être imposée par les instances publiques.
Enfin, les médecins interrogés redoutent l'avènement de la télémédecine. Même s'ils imaginent en tirer un bénéfice en améliorant l'accès aux soins, les réticences en termes d'organisation, de coût et de responsabilité sont des freins indéniables à sa réalisation. Un cadre légal doit être clairement établi.

Par le biais de cet article nous espérons pouvoir contribuer à diffuser les souhaits des médecins généralistes vis-à-vis de la télémédecine.
Celle-ci va nécessairement provoquer un bouleversement dans le parcours de soins où le patient deviendra de plus en plus acteur de sa propre santé. En définitive, c'est la relation médecin-patient elle-même qui va évoluer avec l'avènement de nouvelles technologies de communication. Cette nouvelle pratique est un enjeu pour la restructuration du système de soins concernant la médecine de premier et second recours avec comme objectifs : un partage de l'information, du diagnostic et de la décision thérapeutique permettant un gain de temps pour le patient et le médecin. Pour un déploiement des téléconsultations sur l'ensemble des territoires notamment les plus isolés, les autorités politiques et administratives doivent sortir du modèle expérimental en généralisant cette pratique et en lui consacrant pour les années à venir des équipements techniques (déploiement de la fibre) et des moyens financiers (reconnaissance de cet acte à la nomenclature). La téléconsultation devra donc être intégrée dans le système de soins au même titre qu'une consultation classique. Elle sera sans doute l'une des clés du virage ambulatoire.
Reste à présent à explorer les besoins et les enjeux de la télémédecine du point de vue des spécialistes d'organe et des patients afin que cet outil soit utile à chacun.

Annexes

Guide d'entretien

1. **Quelles sont vos connaissances à propos de la télémédecine en général ?**

    a. Avez-vous déjà entendu parler de la télémédecine ? Quels sont ses champs d'application ?
    b. Que connaissez-vous de la téléconsultation en particulier ?
    c. Comment percevez-vous l'arrivée de cette nouvelle pratique médicale ?
    d. Envisagez-vous un projet de ce type ? Vous a-t-on déjà proposé de participer à un projet ?

2. **D'après vous, dans quels domaines, la téléconsultation pourrait-elle intervenir ?**

    a. Dans votre pratique quotidienne, quelles situations pourraient bénéficier d'une téléconsultation ? Pouvez-vous nous présenter un cas où la téléconsultation aurait été utile ?
    b. Quelles situations vous paraissent inadaptées à la téléconsultation ?
    c. Pour quelles spécialités pourriez-vous envisager une téléconsultation ?

3. **Quels seraient, selon vous, les avantages et les inconvénients de la téléconsultation ?**

    a. Pour le praticien ?
    b. Pour le patient ?
    c. Quels pourraient être les freins à son développement ?
    d. Quelles sont vos craintes à propos de la téléconsultation ?

4. **Selon vous, comment doit s'organiser une téléconsultation ?**

    a. Quels doivent être les acteurs présents ?
    b. Dans quelles structures doivent-elles se dérouler ?
    c. Avec quels moyens techniques ?
    d. Quelle pourrait être la rémunération d'un tel acte ?
    e. Quelle serait sa place dans votre pratique quotidienne ?
    f. Seriez-vous prêts à ouvrir votre MSP à un médecin qui n'en fait pas partie ?
    g. Si vous exercez seul, êtes vous prêt à vous rendre dans d'autres structures ?

5. **Au vu de ce qui s'est dit ce soir, envisagez-vous dans le futur une utilisation de cette technologie ?**

Attestation de soumission

Société française de santé publique
1, rue de la Forêt – 54520 Laxou – France

Tél.
+33(0)3 83 44 39 17
Fax
+33 (0)3 83 44 37 76
Email
accueil@sfsp.info
Internet
www.sfsp.fr

Monsieur Maxime Durupt
Département de médecine générale de Nancy
Université de Lorraine
Avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre lès Nancy cedex

Santé publique

Objet : attestation soumission
Revue *Santé publique*

Laxou, le 5 février 2016

Monsieur,

Nous attestons que votre article intitulé :

La télémédecine en zones rurales :
représentations et expériences de médecins généralistes

dont les co-auteurs sont : Maxime Durupt, Olivier Bouchy, Sonia Christophe, Joëlle Kivits, Jean-Marc Bovin, a bien été déposé et enregistré le 3 février 2016 en tant que soumission à la Rédaction de la revue *Santé publique*.

Son expertise par des pairs est en cours de réalisation. Nous vous adresserons une notification de la Rédaction sur la base des conclusions des experts qui en font l'examen.

Très cordialement.

Pr. François Alla,
Rédacteur en chef

Société Française de Santé Publique
1 rue de la Forêt
54520 LAXOU
Tél. : 03 83 44 39 17

ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

VU

NANCY, le **16/02/2016**
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Marc BOIVIN

NANCY, le **17 février 2016**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9078

NANCY, le **26 février 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction. La télémédecine constitue une nouvelle forme de pratique médicale dont le développement est aujourd'hui en pleine expansion et trouve un écho particulier dans certains territoires lorrains où le déficit en médecins généralistes et spécialistes d'organe nécessite le développement de nouvelles formes de pratiques. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations de la télémédecine, et de la téléconsultation en particulier, des médecins généralistes exerçant en zones déficitaires en offre de soins en Lorraine, et d'identifier les avantages et désavantages perçus de son développement.

Matériel et méthode. Nous avons procédé à une analyse qualitative de 5 focus groupes de médecins, regroupant 32 participants entre juin 2014 et juillet 2015 dans un territoire à faible densité médicale.

Résultats. Cette étude montre qu'il existe une méconnaissance générale de la télémédecine. Les médecins souhaitent préserver leur rôle de pivot et être acteurs de cette télémédecine. Elle ne devra pas être imposée. Les réticences en termes d'aspects juridiques et financiers sont des freins au développement de la télémédecine. Enfin, cette nouvelle façon de procéder devra respecter un cadre légal en termes de responsabilité médicale et de sécurisation des données.

Discussion. La région Lorraine compte déjà plus d'une centaine d'actes de télémédecine par jour. Elle est une solution permettant de faciliter l'accès aux soins dans les zones souffrant d'une faible démographie médicale. Cependant, les médecins interrogés veulent préserver leur relation médecin-patient et ne semblent pas prêts à modifier leur pratique.

TELEMEDICINE IN THE MEUSE AND THE « SUD-TOULOIS ». GENERAL PRACTICIONERS' PERCEPTIONS AND EXPECTATIONS.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS CLEFS : Télémédecine, Téléconsultation, Médecine Générale, Meuse.

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex