
Mémoire de master 2

Titre du mémoire : Accès aux soins et équité territoriale : enjeux et solutions face aux déserts médicaux

Date de soutenance : 07/07/2025

Composition du jury :

- Madame Mélanie SEILLIER : Co-directrice de mémoire.
- Monsieur Taieb FERRADJI : Co-directeur de mémoire.
- Monsieur François PUISIEUX : Président de jury.

BOUDLAL Cylia

2024/2025

Master deux Coordination Trajectoire de santé
Ingénierie de la santé

Lieu universitaire : UFR3S - Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

Remerciement :

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Cet écrit représente bien plus qu'un simple travail académique : il est l'aboutissement d'un combat personnel.

Malgré les épreuves liées à la maladie, ce mémoire témoigne qu'avec le soutien d'une famille aimante et d'un entourage académique bienveillant, il est possible d'aller au bout de ses ambitions.

Merci du fond du cœur à toutes celles et ceux qui ont cru en moi, m'ont soutenue, encouragée et accompagnée tout au long de ce parcours

Résumé en français :

Ce mémoire se penche sur la problématique croissante des déserts médicaux en France, illustrée par le cas spécifique du territoire rural de l'Avesnois, fortement impacté par un vieillissement démographique et des inégalités d'accès aux soins. La désertification médicale dans cette région s'aggrave en raison d'une diminution marquée du nombre de professionnels de santé et d'une fracture numérique persistante. Dans ce contexte critique, la télémédecine se présente comme une solution potentielle pour réduire les distances géographiques et pallier la pénurie de médecins. Toutefois, son déploiement est freiné par des obstacles sociaux, économiques et technologiques, notamment chez les populations vulnérables.

L'étude explore ainsi une approche innovante en associant la télémédecine à un accompagnement humain et social, afin d'améliorer l'accès aux soins. A travers une enquête qualitative exploratoire menée auprès des habitants de l'Avesnois, cette recherche permet d'analyser les besoins spécifiques du territoire et les barrières rencontrées par les usagers dans leurs parcours de santé. Le résultat de cette étude souligne l'importance de l'accompagnement humain pour optimiser l'efficacité de la télémédecine.

Ce travail propose la création d'un dispositif pilote combinant télémédecine et accompagnement humain et social sous forme de plaidoyer.

Mots clés :

Déserts médicaux, télémédecine, accès aux soins, accompagnement humain, fracture numérique, Avesnois, littérature internationale.

Abstract (In English) :

This thesis addresses the growing issue of medical deserts in France, specifically examining the rural region of Avesnois, significantly affected by demographic ageing and disparities in healthcare access. Medical desertification in this region is worsening due to a substantial decrease in healthcare professionals and persistent digital divides. Within this critical context, telemedicine emerges as a potential solution to bridge geographical distances and mitigate the shortage of medical practitioners. However, its implementation faces significant social, economic, and technological barriers, especially among vulnerable populations.

The study investigates an innovative approach by combining telemedicine with human and social support to enhance healthcare accessibility. Through a qualitative survey involving residents and healthcare providers in Avesnois, this research identifies specific territorial needs and barriers faced by users in their healthcare journeys. The findings emphasize the crucial role of human support in optimizing telemedicine efficacy.

This research proposes the development of a pilot project integrating telemedicine and human-social support (this pilot project is framed as experimental advocacy initiative).

Key words:

Medical desert, telemedicine, healthcare access human support, digital divide, Avesnois, international literature.

Table des illustrations:

Figure 1 : Carte représentant la variation des densités de médecins entre 2010 et 2018..... 10

Figure 2 : Tableau représentant l'évaluation du nombre de médecins généralistes libéraux de 2008 à 2022. 12

Figure 3 : Schémas représentant le taux de bénéficiaires de soins dentaires libéraux en % dans le territoire de la Sambre-Avesnois et en France..... 13

Figure 4 : Tableau représentant la matrice SWOT..... 41

1. Table des matières

2.	Introduction	7
A.	Contexte	7
3.	Revue de littérature et cadre méthodologique	10
B.	Les déserts médicaux : définition et enjeux	10
C.	Analyse du territoire de l'Avesnois :	11
i.	Démographie :	11
ii.	Economie et emploi :	11
iii.	Offre de soins : Entre pénurie et surcharge	12
iv.	Santé publique : Fractures territoriales	14
v.	Pistes d'action	14
D.	La télémédecine :	16
vi.	Définition :	16
vii.	Télémédecine : opportunités et limites :	16
viii.	Obstacles de la télémédecine :	18
ix.	Télé-AVC :	19
E.	Accompagnement humain comme levier	20
x.	Teleneurology :	21
xi.	Le programme de télésurveillance à domicile :	21
xii.	Réseaux virtuels pour les professionnels ruraux :	22
xiii.	Les bénéfices de l'accompagnement humain :	22
xiv.	Conclusion de la revue :	23
4.	Cadre méthodologique	25
F.	Type d'étude et approche	25
xv.	Approbation éthique :	25
xvi.	Echantillonnage :	25
xvii.	Analyse des données :	27
5.	Résultats	28
G.	Difficultés d'accès aux soins et pénurie de médecins	28
H.	Renoncement aux soins	30
I.	Usage et perception de la télémédecine	31
J.	Fracture numérique et besoin d'accompagnement	33
K.	Fracture d'accès	33

L.	Fracture d'usage	33
M.	Fracture psychologique.....	34
6.	Discussion et recommandations	36
N.	Synthèse des résultats et discussion	36
O.	Analyse critique du travail réalisé	37
	xviii. Limites méthodologiques :.....	37
P.	Recommandation : Proposition d'un projet pilote (plaidoyer)	38
	xix. Contexte :.....	38
	xx. Objectif général :.....	38
	xxi. Objectifs spécifiques :.....	39
	xxii. Population cible :	39
	xxiii. Le projet vise :.....	39
	xxiv. Feuille de route :	40
	xxv. Analyse SWOT (FFOM)	40
	xxvi. Les parties prenantes et stratégie partenariale :	41
7.	Conclusion :.....	41
8.	Bibliographie :	43
9.	Annexes.....	45
	xxvii. Annexe 1 : Guide d'entretien :	45
	xxviii. Annexe 3 : Grille COREQ :.....	47
	48
10.	Glossaire :	49

2. Introduction

A. Contexte

Comme le souligne la plateforme Vie Publique, « les inégalités territoriales d'accès aux soins ne cessent de se creuser. Une partie croissante de la population peine à organiser son parcours de soins. Beaucoup y renoncent... ».

En France, accéder aux soins courants est devenu un véritable défi. Par exemple, trouver un médecin traitant est aujourd'hui extrêmement difficile dans de nombreux territoires. Le burn-out des professionnels de santé, le non-remplacement des soignants partis à la retraite, les délais d'attente prolongés et les offres de soins inégalitaires ne facilitent pas cette démarche. Un rapport sénatorial de mars 2022 souligne l'ampleur du phénomène : environ 1,6 million de Français auraient renoncé à des soins faute de médecin, et 30 % de la population vivrait dans une commune considérée comme un « désert médical », soit plus de 11 300 communes, environ une sur trois, touchée par ce manque de soins de proximité (Sénat 2022).

La région de l'Avesnois, située au nord de la France, n'échappe pas à cette réalité préoccupante. Densément peuplée et fortement touchée par un vieillissement accéléré de sa population, elle compte 20 % de personnes de plus de 60 ans. Ces dernières années, l'Avesnois a vu son accès aux soins se détériorer, du fait d'une diminution du nombre de professionnels de santé et d'une offre médicale insuffisante (ARS Hauts-de-France, 2022).

Dans ce contexte complexe, la présente étude s'interroge sur l'efficacité de la télémédecine, lorsqu'elle est associée à un accompagnement humain et social, pour améliorer l'accès aux soins dans le territoire de l'Avesnois. La télémédecine apparaît comme une réponse potentielle pour réduire les distances géographiques et pallier le manque de professionnels. Néanmoins, son efficacité reste limitée par les obstacles tels que la fracture numérique et la résistance au changement parmi les populations vulnérables.

Malgré les avancées technologiques et les recommandations de Santé publique France, les publics précaires restent dans une situation de grande fragilité face aux difficultés d'accès au système de santé.

Je souhaite, à travers l'exemple du territoire de l'Avesnois, marqué par une population vieillissante, avec une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans supérieure à la moyenne nationale (20 %), Mettre en lumière les défis auxquels cette région est confrontée. En effet, elle cumule des difficultés socio-économiques importantes, avec un taux de pauvreté de 13,1 %, ainsi qu'une fracture numérique persistante caractérisée par un faible accès ou usage d'internet chez une partie de sa population âgée. Ces facteurs accentuent les inégalités d'accès aux soins. Face à cette situation, il s'agit de proposer une solution innovante : la mise en place d'un dispositif d'accompagnement humain et social, destiné à faciliter l'usage et le recours à la télémédecine, en combinant de proximité médicale et adaptation des technologies de santé aux réalités sociales et techniques spécifiques à ces territoires.

Partant de ces constats, on peut supposer que l'association de la télémédecine à un accompagnement humain pourrait constituer une solution. La question de recherche qui guide ce travail est la suivante : dans quelle mesure la télémédecine, associée à un accompagnement humain et social, peut-elle améliorer l'accès aux soins dans le territoire de l'Avesnois ?

Afin de répondre à cette problématique, l'objectif général de cette étude est d'évaluer les besoins et les limites de l'accès aux soins dans l'Avesnois et d'analyser comment l'accompagnement humain et social permettrait d'optimiser l'usage de la télémédecine.

Il s'agit donc de proposer une solution combinant les outils numériques et l'approche humaine en répondant aux besoins du territoire, dans le but de réduire les inégalités de santé observées. Mon hypothèse est que, dans un secteur marqué par la précarité sociale et la fracture numérique, l'accompagnement humain est primordial pour déployer efficacement la télémédecine dans le parcours de soins des habitants. Cette approche

pourrait réduire les ruptures de parcours et le renoncement aux soins, en rétablissant un lien de confiance et de proximité entre le corps médical et les patients.

Ce mémoire est structuré en trois grands axes. Tout d'abord, une revue de littérature et de contexte permettra de préciser les concepts clés (déserts médicaux, télémédecine, fracture numérique), de dresser un état des lieux du territoire de l'Avesnois et des solutions mises en place à l'international (via un travail de benchmarking¹). Ensuite, la méthodologie de l'étude sera présentée. Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire basée sur des entretiens semi-directifs avec les habitants de l'Avesnois, conduite selon les critères du guide COREQ. Enfin, j'explorerai les résultats de ces entretiens, avant de discuter et de formuler une éventuelle solution sous forme d'un projet pilote combinant la télémédecine à un dispositif d'accompagnement humain et social.

¹ Conçu comme une démarche de recherche et de mise en œuvre des meilleures pratiques au meilleur coût. (Selon l'article de Ettorchi-Tardy , Levif , Michel Ph " Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé")

3. Revue de littérature et cadre méthodologique

B. Les déserts médicaux : définition et enjeux

Le terme « désert médical » désigne les zones géographiques où l'accès aux soins est limité, principalement en raison d'une faible densité de soignants. Selon Vie Publique, cette notion repose sur deux dimensions : une dimension spatiale, caractérisée par l'éloignement géographique entre les patients et les médecins, et une dimension temporelle, liée à la surcharge des praticiens dans ces espaces, entraînant des délais d'attente prolongés pour obtenir un rendez-vous médical. Les difficultés d'accès aux soins se sont accrues avec le vieillissement du corps médical. En 2022, plus de 44 % des médecins généralistes avaient plus de 55 ans, ce qui annonce une vague importante de départs en retraite d'ici quelques années (INSEE, 2022).

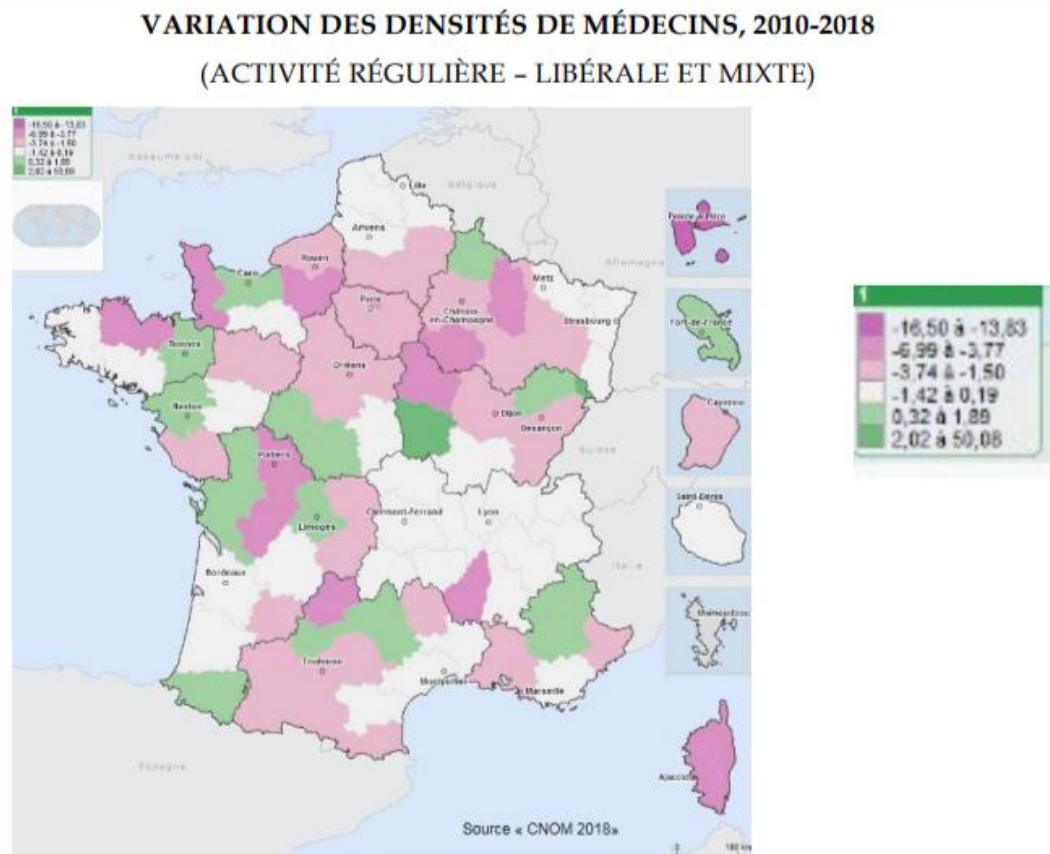


Figure 1 : Carte représentant la variation des densités de médecins entre 2010 et 2018.

Les déserts médicaux entraînent d'abord un accès aux soins limité : dans les zones sous-dotées, les délais d'attente s'allongent et certains habitants, surtout les plus vulnérables, renoncent à se faire soigner faute de médecin disponible. Ils accentuent ensuite les inégalités sociales et sanitaires, car ce sont souvent les populations rurales pauvres ou âgées qui subissent le plus ce manque de soignants (elles n'ont ni la mobilité ni les ressources pour aller se faire soigner loin). Enfin, ces difficultés ont un impact économique local : par exemple, l'absence de médecins peut réduire l'attractivité résidentielle du territoire et aggraver le déclin économique (baisse de population, difficultés à attirer des entreprises).

La lutte contre les déserts médicaux constitue un enjeu majeur pour garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

C. Analyse du territoire de l'Avesnois :

Cette analyse vise à dresser un état des lieux afin d'identifier les forces, faiblesses et enjeux du secteur de l'Avesnois. Le rapport « La santé en Sambre-Avesnois » de l'Agence de développement et d'urbanisme de la Sambre publié en 2023, et INSEE Flash Hauts-de-France n°143 publié en novembre 2022, mettent en avant les informations et soulignent les dynamiques et défis structurants ce territoire.

i. Démographie :

La population de l'Avesnois comptait 298 500 habitants en 2019, avec une baisse continue de 0,4 % par an depuis 2013. Cette tendance s'explique par l'exode des jeunes de 18 à 24 ans, vers les grandes villes (Lille, Valenciennes). Parallèlement, les seniors² (plus de 65 ans) représentent déjà plus de 20 % de la population. D'ici 2050, ils pourraient représenter plus d'un tiers du territoire, soit environ 27 %. Cette évolution démographique entraîne une pression croissante sur les services de santé déjà fragilisés.

ii. Economie et emploi :

En parallèle, l'Avesnois est confronté à un taux élevé de pauvreté et de précarité sociale. Environ 23 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14 % au niveau national. L'industrie locale, notamment dans le secteur de l'automobile, la métallurgie et de l'agroalimentaire, traverse une crise sans précédent : une baisse d'emploi de 2,7 % a été observée. Cela accentue le taux de chômage, notamment chez les jeunes de 15 à 24 ans, où il est passé de 21 % à 42 %. Le déficit de formation concerne 35 % des actifs. Ces

² Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne devient âgée à partir de 60 ans.

facteurs limitent l'accès aux soins, particulièrement les consultations payantes et les mutuelles complémentaires pour une partie importante de la population.

iii. Offre de soins : Entre pénurie et surcharge

➤ Médecins généralistes en voie de disparition :

Ces dernières années, le nombre de professionnels de santé dans l'Avesnois a fortement diminué. On compte seulement 58 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre une moyenne nationale de 94 pour 100 000 (ARS Hauts-De-France, 2022). Depuis 2008, le nombre de médecins généralistes a chuté de 31 %. En 2022, seulement 145 médecins ont été recensés, dont 60 % sont âgés de plus de 54 ans.

	Nombre de généralistes libéraux															Evolution 2008 à 2022
	Au 31 12															
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Maubeuge	30	30	26	27	27	26	27	37	34	24	23	24	26	23	22	-8
Hautmont	16	16	15	15	15	14	13	13	13	13	14	14	14	13	13	-3
Fourmies	12	11	11	9	9	9	9	8	7	7	7	7	6	5	5	-7
Jeumont	13	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	10	11	10	10	-3
Aulnoye-Aymeries	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	6	6	5	-3
Feignies	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	3	3	3	3	-2
Louvroil	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	-1
Ferrière-la-Grande	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	-1
Le Quesnoy	7	7	7	7	8	7	7	7	9	8	9	8	8	8	8	1
Avesnes-sur-Helpe	7	8	8	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	5	5	-2
Rousies	7	6	5	5	5	5	3	3	3	2	2	2	2	1	1	-6
Landrecies	5	5	5	5	5	4	3	3	3	4	4	4	5	5	5	0
Bavay	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	-1
Total	124	122	116	114	115	109	108	113	110	97	98	96	98	90	88	-36
Autres communes	87	85	84	84	85	84	82	80	77	76	73	71	63	61	57	-30
Sambre-Avesnois	211	207	200	198	200	193	190	193	187	173	171	167	161	151	145	-66

Figure 2 : Tableau représentant l'évaluation du nombre de médecins généralistes libéraux de 2008 à 2022.

Le taux de médecins est particulièrement bas : 6,4 pour 10 000 habitants, contre 8,5 en France ; avec des disparités internes fortes : 7.7 dans la Sambre, mais seulement 3.6 dans le Sud de l'Avesnois. Cette pénurie se traduit par une surcharge de travail importante : un médecin y réalise en moyenne 7 057 actes par an, contre 5 010 au niveau national, reflet direct de l'impact du vieillissement et de la précarité sur la demande de soins.

➤ Dentistes :

L'Avesnois compte 3,6 pour 10 000 habitants, contre 5,4 au niveau national. Cette carence entraîne des conséquences directes sur la santé bucco-dentaire, spécifiquement chez les

enfants : 47 % des élèves en REP³ présentent des besoins dentaires non traités, signe d'un accès inéquitable aux soins.

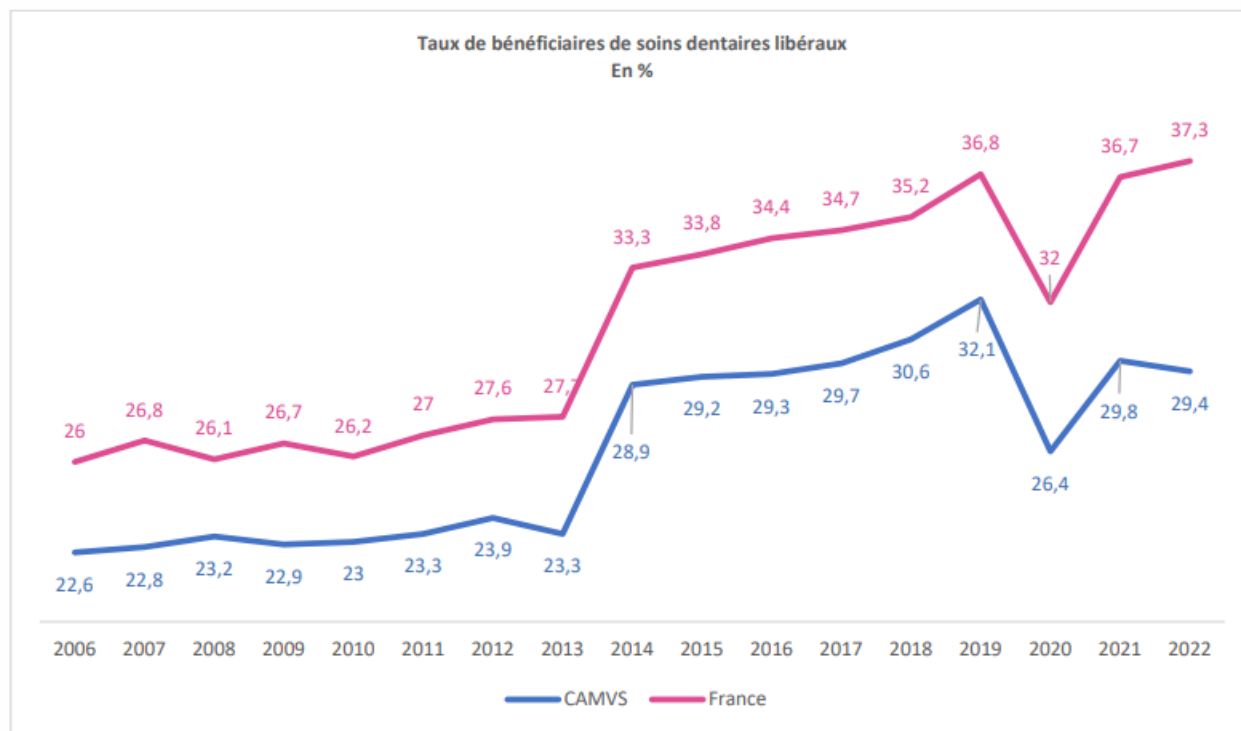


Figure 3 : Schémas représentant le taux de bénéficiaires de soins dentaires libéraux en % dans le territoire de la Sambre-Avesnois et en France.

➤ Kinésithérapeutes :

Le nombre de kinésithérapeutes est également insuffisant, avec 7,5 pour 10 000 habitants, contre 11,2 au niveau national.

➤ Stomatologie⁴ :

Aucun cabinet de stomatologie n'est implanté sur le territoire, alors qu'au moins deux structures seraient nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

➤ Psychiatrie :

La densité est de seulement 2,2 pour 10 000 habitants, très loin de la moyenne nationale qui est de 10,2. Cette offre de soins est dite inadaptée aux vues de la prévalence notamment des addictions : en 2022, 540 patients étaient sous Subutex ou méthadone.

³ Réseau d'éducation prioritaire.

⁴ Stomatologie : La stomatologie d'après Le Robert est une discipline qui traite des maladies de la bouche et des dents

➤ **Pédiatrie :**

Le secteur compte 1,1 pédiatre pour 10 000 enfants, contre 2,7 en moyenne nationale. Cette pénurie est particulièrement pénalisante pour le suivi des 7,1 % de naissances prématurées enregistrées en 2022.

iv. Santé publique : Fractures territoriales

➤ **La Sambre :**

La Sambre concentre 70 % des médecins du territoire. Néanmoins, cette zone cumule un taux de chômage élevé et une prévalence plus importante des problèmes de santé. A Maubeuge, par exemple, seulement 22 médecins généralistes sont présents pour 59 000 habitants, entraînant des délais de consultation particulièrement longs.

➤ **Sud de l'Avesnois :**

Le Sud de l'Avesnois est confronté à un véritable désert médical : absence de spécialistes et très faible recours aux soins. Cette zone rurale isolée présente un accès aux soins limité, dû à la distance et au manque de transports.

v. Pistes d'action

Face à ces enjeux et pour pallier les déserts médicaux sur le territoire de l'Avesnois, plusieurs stratégies innovantes ont été déployées, comme :

➤ **Incitations financières :**

Afin d'attirer de nouveaux praticiens, une prime d'installation de 50 000 euros est proposée aux jeunes médecins s'installant dans le sud de l'Avesnois. De plus, des logements sociaux sont réservés aux professionnels de santé.

➤ **Partenariat universitaire :**

Un partenariat avec les facultés de médecine de Lille et Amiens a été instauré : il prévoit des stages obligatoires en milieu rural pour les étudiants en médecine afin de favoriser leur implantation future dans l'Avesnois.

➤ **Dépistages mobiles :**

Des unités itinérantes de dépistage sont déployées sur le territoire pour renforcer la prévention du diabète, de la tuberculose et des cancers.

➤ **Education sanitaire :**

Des ateliers de sensibilisation sont organisés dans les écoles REP sur l'hygiène dentaire et nutrition, pour agir dès le plus jeune âge.

➤ **La création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires :**

Comme le mentionne CANALFM, depuis 2022 plus de 50 professionnels de santé dont 7 médecins généralistes, se sont engagés à collaborer au sein d'une communauté territoriale de santé.

Leur objectif : explorer toutes les solutions pour éviter les ruptures de soin dues au manque de médecins traitants.

➤ **Les Maisons Nord santé :**

D'après santé-Nospolitique-Nord, le département a mis en place, depuis le 1er janvier 2024, les Maisons Nord Santé. Ces dernières reposent sur une organisation dite innovante. Réunissant ainsi médecins, infirmières en pratique avancée et assistantes médicales.

Ces structures, permettent la salarisation des médecins et assure une coordination optimale entre les acteurs. Elles favorisent ainsi un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, tout en allégeant les tâches administratives pour permettre aux soignants de se recentrer sur les soins. La Maison Nord Santé de Cuincy permet actuellement d'accueillir des milliers de patients.

➤ **Les programmes d'immersion étudiants :**

Afin de sensibiliser les futurs professionnels de santé aux besoins des zones sous-dotées, des journées d'immersion ont été mises en place. Selon l'article d'Alice MAROT sur ICI publié le 8 juin 2022, 150 étudiants en pharmacie lillois sont allés passer une journée à Liévin, où un habitant sur quatre n'a pas de médecins traitants, afin d'échanger avec les professionnels de santé : « Privilégier le contact humain plutôt que l'incitation financière ».

D. La télémédecine :

vi. Définition :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la télémédecine désigne « Les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen de technologies d'information et de communication. »

Ce concept a vu le jour aux Etats-Unis, au sein de l'institut psychiatrique du Nebraska à la fin des années 50. Il a fait son cheminement vers le Canada en transmettant des images radiologiques pour un diagnostic à distance en 1959, et par la suite la NASA⁵ s'est imprégnée de ce concept et a permis le développement de technologies de télécommunication dédiées au contrôle médical et à la prise en charge des astronautes en milieu spatial (Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, 2011).

vii. Télémédecine : opportunités et limites :

La télémédecine apparaît comme une solution prometteuse pour répondre aux difficultés liées aux déserts médicaux. Elle permet notamment aux patients de consulter des professionnels de santé via des appels vidéo, tout en évitant les déplacements. Elle assure un suivi régulier et une prescription électronique (à la fin d'une consultation, le médecin ou le spécialiste envoie les ordonnances dématérialisées directement en pharmacie ou sur l'espace Doctolib⁶ ou Mon espace santé⁷)

Prenons l'exemple d'un patient en post-opératoire ou atteint d'une maladie chronique tels que le diabète ou l'hypertension artérielle. Grâce aux objets connectés qui transmettent en temps réel les constantes, le médecin peut avancer un diagnostic sur l'état de santé du patient, permettant ainsi d'orienter les usagers vers les structures adaptées.

⁵ NASA : National Aeronautics and Space Administration : agence fédérale responsable de la majeure partie du programme spatial civil des États-Unis (D'après Wikipédia).

⁶ Doctolib : D'après Wikipédia Doctolib est une entreprise française fondée en 2013, offre un service de prise de rendez-vous en ligne destiné aux patients et parallèlement c'est un site web qui propose des services logiciels aux professionnels de santé.

⁷ Mon espace santé : D'après Service-Public.fr, Mon espace santé (dossier médical partagé) est un service public numérique pour gérer les données de santé. Il permet de stocker les informations médicales et les partager avec les professionnels de santé qui soignent en respectant le consentement des patients. On y trouve le contenu du dossier médical partagé (DMP). Le service comprend aussi une messagerie sécurisée pour échanger en toute confidentialité avec les professionnels de santé.

Le décret du 19 octobre 2010 n° 2010-1229, en application de la loi HPST⁸, définit la télémédecine :

« ...

La téléconsultation : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient (...)

La téléexpertise : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distances l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient.

La télésurveillance médicale : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distances les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient, l'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisée par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

La téléassistance médicale : qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cœur de la réalisation d'un acte ;

La réponse médicale : qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins

... »

(Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, 2011).

De ce fait, la télémédecine ouvre la voie à une collaboration multidisciplinaire, entre les nombreux professionnels de santé qui gravitent autour du malade. Le partage du dossier médical et la coordination des soins permettent de mieux gérer l'état de santé des personnes soignées en situation de précarité et d'isolement, favorisant par la même occasion le maintien à domicile via une surveillance connectée en limitant les hospitalisations.

La télémédecine améliore l'accès aux soins, réduit les coûts pour les usagers et le système de santé, et personnalise la prise en charge. Cependant, malgré ses avantages théoriques, la télémédecine rencontre plusieurs obstacles pratiques.

⁸ HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoires ; définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Elle a été promulguée le 21 juillet 2009 (d'après Santé.gouv.fr)

viii. Obstacles de la télémédecine :

Au-delà des différents angles qui gravitent autour de la télémédecine (économique, juridique. Etc.), la télémédecine se retrouve aujourd'hui confrontée à différents obstacles surtout quand il s'agit de son développement. Le premier obstacle rencontré par le déploiement de la télémédecine est le manque de débit internet. Dans certains villages, la connexion internet reste faible, instable voire inexistante. Dans les régions rurales les plus isolées, envoyer un mail devient une épreuve, alors comment sensibiliser la population à l'utilisation de la télémédecine ? Secteur où le réseau internet stable est primordial au transfert de données médicales. Comme le souligne Philippe Vidal (2009) l'enclavement numérique est une réalité qui induit des disparités numériques discriminatoires, accentuant de ce fait l'exclusion des territoires ruraux. L'accès aux technologies des populations défavorisées ou peu familiarisées avec le numériques, telles que les personnes âgées, limite son utilisation et son adoption.

Certains médecins, représentent aussi un obstacle à la mise en place de la télémédecine. En effet, ils manifestent une résistance à l'e-santé. Ils s'accordent à dire que les téléconsultations sont moins efficaces que les rendez-vous en présentiel, particulièrement pour les cas complexes nécessitant une auscultation physique. Et nombre de patients partagent cette opinion, c'est ce que démontre l'étude « la télémédecine en zone rural : représentations et expérience de médecins généralistes »

T1 : « Le contact humain ne sera jamais remplacé par une machine. »

Selon l'étude "Les Français et le numérique en santé" menée par la Délégation au Numérique en Santé (DNS) 43 % des personnes interrogées n'utilisent pas Mon espace santé dont 26 % en raison du fait qu'ils ne font pas confiance à ce type de service. Ce qui reflète une résistance au changement.

Le troisième obstacle identifié est le manque d'accompagnement humain. L'absence d'un soutien personnalisé complique l'utilisation des outils numériques pour les populations vulnérables. Une question posée à l'Assemblée nationale en décembre 2024 met en avant l'incapacité des citoyens et notamment les personnes âgées, à faire valoir leurs droits faute de compétences numériques ou d'accès internet. Selon l'INSEE (2021), 15 % de la population n'a pas recours au réseau numérique ou n'ont pas les compétences numériques de base requises à son utilisation.

Certains praticiens tels que les infirmiers et pharmaciens peuvent aider à l'utilisation des objets connectés, mais avec l'augmentation du nombre de patients et les demandes spécifiques, ils ne permettent pas, à la longue un suivi personnalisé.

Un infirmier chargé d'administrer une trentaine de traitements par jour ne dispose pas de suffisamment de temps pour accompagner les malades. Que ce soit pour l'accompagnement dans la démarche de prise de rendez-vous ou pour se rendre au lieu de la téléconsultation.

Des initiatives régionales comme Télé-AVC Artois-Hainaut ont démontré que la télémédecine peut être efficace lorsqu'elle est accompagnée d'un dispositif humain adapté.

Télé-AVC est un dispositif de télémédecine mis en place dans la région des Hauts-de-France dans le Nord-Pas-de-Calais ; afin d'améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en phase aiguë. D'après l'actualité de l'urgence -APM SFMU l'idée de Télé-AVC a été lancée en juin 2011 sur les CH de Lens, Valenciennes et Maubeuge. Des secteurs qui ne possèdent pas d'unité neurovasculaire (UNV).

ix. Télé-AVC :

Ce système vise à garantir un accès rapide et une diminution des séquelles potentielles. Si les dispositifs tels que Télé-AVC Artois-Hainaut montrent l'efficacité de la technologie dans l'urgence neurovasculaire, leur pleine utilité repose aussi sur un accompagnement humain, notamment pour les populations en situation de précarité et d'isolement, afin de rendre la télémédecine accessible et compréhensible pour tous.

E. Accompagnement humain comme levier

Selon *The Medical Journal of Australia* : « La télémédecine, bien que prometteuse, se heurte à une réalité sociotechnique incontournable : l'illectronisme⁹ (illettrisme numérique) d'une partie de la population. Les personnes âgées, les populations rurales ou précaires sont souvent exclues des dispositifs de santé en ligne, non par refus, mais par manque de compétences ou d'accès aux outils ». Afin de déployer la télémédecine dans les territoires sous-dotés et vieillissants comme l'Avesnois, il est essentiel d'intégrer un accompagnement humain au dispositif technologique.

Cet accompagnement a pour objectif de surmonter les défis liés à la fracture numérique, au manque de familiarité avec les outils numériques et à la résistance aux changements des pratiques en santé. Plusieurs études à l'échelle mondiale ont démontré que l'accompagnement humain permettait de pallier certaines limites de la télémédecine.

Selon l'étude publiée par *National Advisory Committee on Rural Health and Human Services*, les "médiateurs santé" sont des professionnels qui apprennent aux patients à utiliser les outils numériques nécessaires pour accéder à une téléconsultation, tels que les plateformes de téléconsultation où les dispositifs de surveillance à distance.

Les professionnels accompagnent et guident les usagers lors des téléconsultations, en garantissant une meilleure compréhension des diagnostics et des traitements prescrits.

« Les médiateurs santé » jouent un rôle clé dans l'adoption de ce type de technologie et permettent une réduction de l'isolement médical dans les zones rurales, où les médecins se font rares.

L'accompagnement dans ces milieux permet aussi aux soignants et aux soignés de tisser des liens et de rendre l'expérience plus plaisante pour chacune des parties, comme en témoigne le Dr Wiibur Hitt :

EN¹⁰ : "Telemedicine fosters a collaboration that reduces the feelings of isolation that physicians may experience when they go to practice in a small town. With telemedicine, it's like having one foot in

⁹ Illectronisme : L'illectronisme selon Le Robert est l'état d'une personne qui ne maîtrise pas l'usage des ressources électroniques.

¹⁰ En Anglais

the city but being able to live and practice out in a rural area. It's also reassuring to know that you're on the right track with the treatment plan and are staying current.”

FR¹¹ : « La télémédecine favorise une collaboration qui réduit le sentiment d'isolement que peuvent ressentir les médecins. Lorsqu'ils vont pratiquer dans une petite ville. Avec la télémédecine, c'est comme avoir un pied dans la ville mais pouvoir vivre et pratiquer dans une zone rurale. C'est aussi rassurant de savoir que l'on est dans la bonne mesure suivent le plan de traitement et restent à jour. »

x. Teleneurology :

Un autre programme a vu le jour aux Etats-Unis, la Teleneurology pour les AVC en zones rurales, mis en place par *INTECRIS Bass Baptist Health Center* en Oklahoma, a démontré que l'accompagnement humain associé à la télémédecine peut améliorer la prise en charge en milieu rural. Les infirmiers sont formés à l'accompagnement des patients lors des téléconsultations neurologiques pour permettre une prise en charge rapide et efficace des AVC. Et cette efficacité se traduit dans le nombre des transferts vers les hôpitaux et une amélioration des résultats cliniques.

xi. Le programme de télésurveillance à domicile :

Selon l'article « *Telemedicine in Rural Areas : Increasing Access to Care* » publié par HRS, après la crise du COVID-19, le gouvernement américain a mis un financement annuel de 300 000 dollars sur quatre ans (2023-2027) pour soutenir les infrastructures technologiques et pérenniser la télémédecine dans les zones rurales. L'exemple de SummitWest Care, dans le Colorado, illustre cette réussite, Ce centre a intégré la télémédecine avec la mise

¹¹ En Français

en place de dispositifs de télésurveillance pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète ou la BPCO¹².

Ces programmes incluent un soutien humain sous forme de visites régulières ou d'appels téléphoniques, afin de vérifier que les patients comprennent leurs données médicales et suivent bien leurs traitements. À la suite de cet accompagnement, la structure a observé :

- Une diminution de 78 % du taux de réadmission.
- Une observance de 90 %.
- Une satisfaction client de 96 %.

Ce modèle a permis de révolutionner les méthodes de soins et d'ouvrir une voie vers un nouvel accompagnement dans les zones blanches.

xii. Réseaux virtuels pour les professionnels ruraux :

Selon l'article publié par UNICEF¹³ for Child Géorgie¹⁴ le 09 octobre 2023, un programme de plateforme numérique mis en place en Géorgie a permis une communication directe entre les médecins de village et les spécialistes, afin d'affiner les diagnostics, ce dispositif est soutenu par l'UNICEF. L'exemple de Anna, mère isolée, illustre ce succès : grâce à une balance connectée et à des appels vidéo, elle a pu assurer le suivi médical de son enfant à distance. Ce type d'accompagnement a permis à Anna un suivi régulier et continu, malgré la barrière géographique.

xiii. Les bénéfices de l'accompagnement humain :

L'intégration d'un accompagnement humain à un dispositif de télémédecine présente de multiples avantages, en particulier pour les populations vulnérables :

➤ Amélioration de l'acceptabilité :

Selon l'article « *Telehealth Interventions and Outcomes Across Rural Communities in the United States : Narrative Review* » les populations rurales sont plus enclines à adopter la

¹² BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive : Est une maladie respiratoire chronique due à une inflammation et une obstruction permanente et progressive des bronches. Sa principale cause est le tabagisme. (Ameli.fr)

¹³ UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fond des Nations Unies pour l'Enfance) : Agence des Nations-unies créée en 1946, dont le siège est à New York. Elle est chargée, dans le monde entier, de défendre les droits des enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. (UNICEF pour chaque enfant)

¹⁴ Géorgie : Relatif à la Géorgie, république caucasienne (selon Le Robert Dico en ligne)

télémédecine lorsqu'elles bénéficient d'un soutien personnalisé. (Interventions et résultats de la télésanté dans les communautés rurales aux États-Unis : examen narratif, 2021)

➤ **Réduction des inégalités numériques :**

Même si les plateformes numériques permettent de combler les déserts médicaux, des inégalités numériques subsistent : faible connectivité, méconnaissance des outils connectés, méfiance envers les technologies, etc.

Les « médiateurs en santé numérique » qui viennent en complément des dispositifs technologiques, forment les patients, les assistent lors des consultations, traduisent le langage médical et renforcent la confiance des personnes isolées.

Cela permet aux patients peu familiers avec le numérique d'accéder aux soins sans frustration. C'est ce que démontre l'article « *How Telemedicine Provides Unique Care in Rural Settings* » de (Jason Povio : *Eagle Telemedicine*, 2024)

➤ **Renforcement du lien social :**

En zone rurale, ce type d'accompagnement contribue également à réduire l'isolement social en créant une interaction humaine autour du soin. Les professionnels de santé, assistants ou médiateurs, guident et conseillent les patients dans l'usage des technologies, expliquent les diagnostics avec bienveillance et assurent une présence rassurante et régulière. Ce mode de soin instaure un climat de solidarité : les patients se sentent écoutés, compris et connectés au réseau de soin. C'est donc un véritable outil de cohésion et d'humanité à travers la technologie.

xiv. Conclusion de la revue :

En résumé, le diagnostic territorial met en évidence la situation alarmante du secteur de l'Avesnois : une offre de santé inégalitaire et une demande de soins importante du fait des profils et besoins de la population. Un travail de benchmarking international a permis d'identifier des initiatives pertinentes, montrant que l'intégration d'un accompagnement humain et social constitue une solution viable et durable pour les territoires fragilisés. Ce modèle, alliant innovation technologique et solidarité humaine, semble particulièrement adapté au contexte de l'Avesnois. Dans cette optique une étude qualitative exploratoire a été menée dans le but de confirmer et d'enrichir les données issues de la littérature recueillie.

4. Cadre méthodologique

F. Type d'étude et approche

Afin d'explorer la question de recherche "Dans quelle mesure la télémédecine, associée à un accompagnement humain et social, peut-elle améliorer l'accès aux soins dans le territoire de l'Avesnois ?", une démarche qualitative en deux volets a été adoptée. Cette approche combinée vise à croiser les données objectives (statistiques, indicateurs de santé) et subjectives (ressentis et vécu des habitants) dans le but d'avoir une compréhension globale des enjeux. Cette méthodologie de suivi s'est appuyée sur des critères du guide COREQ pour garantir la validité scientifique.

Le volet exploratoire de l'étude a permis d'étudier en profondeur les expériences, le point de vue des participants, d'identifier les thématiques récurrentes et de faire émerger des pistes d'améliorations. Le choix de cette étude a permis de ce fait de comprendre comment les habitants de l'Avesnois vivent réellement la pénurie médicale, comment ils perçoivent la télémédecine et l'idée d'un accompagnement numérique et quelles solutions il envisagent.

xv. Approbation éthique :

Bien que les données recueillies n'aient pas nécessité d'autorisation préalable auprès de la CNIL, toutes les précautions ont été prises pour garantir le respect des principes éthiques fondamentaux, notamment l'anonymat des participants, le recueil du consentement éclairé, la confidentialité des informations et le droit de retrait à tout moment.

xvi. Echantillonnage :

➤ Population cible :

L'étude a ciblé les habitants de l'Avesnois confrontés à des difficultés d'accès aux soins, avec une attention particulière aux profils enclins à cumuler plusieurs fragilités. Les profils recrutés sont notamment des personnes en situation de précarité sociale, des personnes âgées isolées (personnes de plus de 60 ans, représentant environ 20 % de la population du territoire), des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, etc. Des personnes présentant une fracture numérique (ne sachant pas utiliser internet pour la santé ou disposant d'un accès internet limité).

Ces critères d'inclusion reflètent la problématique. L'idée est de recueillir la parole de ceux qui subissent le plus la désertification médicale et pour qui la télémédecine peut éventuellement apporter un plus, à condition d'être accompagnés.

➤ **Taille de l'échantillon :**

Au total, sept participants ont été recrutés sur une période d'un mois. Ces sept personnes présentent des profils variés : quatre femmes et trois hommes, âgées de 28 à 75 ans, résidant dans les communes de l'Avesnois dont Maubeuge, Hautmont, Louvroil et Feignies. Parmi eux, trois vivent seuls (veuves ou personnes isolées), quatre en couple ou en famille, certains sont retraités, d'autres en activité avec des revenus modestes. Deux des participants souffrent de maladies chroniques déclarées. Tous ont en commun d'avoir éprouvé de difficultés à accéder à un médecin ces dernières années.

➤ **Mode de recrutement :**

Le recrutement s'est fait par deux voies : d'une part, une collaboration avec trois infirmières dont une futur IPA exerçant dans le territoire depuis plus de 5 ans, a permis d'identifier les profils correspondants à la population cible ; d'autre part, le bouche-à-oreille, relayé par des associations locales et des contacts personnels, a également contribué à repérer des participants potentiels. Chaque personne contactée a été informée des objectifs de l'étude et de son droit de refuser ou de se retirer à tout moment. Un consentement oral a été obtenu avant chaque entretien, avec la garantie de l'anonymat des réponses.

➤ **Déroulé des entretiens :**

Les entretiens étaient de type semi-directif, réalisés entre mars et mai 2025, conduits à partir d'une grille de questions préparatoire (voir annexe 1) couvrant les thèmes suivants : le parcours actuel d'accès aux soins du participant (comment ils font pour consulter ?), le ressenti sur la présence ou l'absence de médecins dans la région de l'Avesnois, les éventuelles situations de renoncement aux soins, l'expérience ou non de la télémédecine, le degré facilité ou non à l'utilisation des outils numériques, l'existence d'aides ou d'entourage pour l'usage du numérique et pour conclure les suggestions d'amélioration (que faudrait-il mettre en place selon eux). Cette trame visait à répondre à la question de recherche « Dans quelle mesure la télémédecine, associée à un accompagnement humain et social, peut-elle améliorer l'accès aux soins dans le territoire de l'Avesnois ? », posée dans ce mémoire, tout en laissant la liberté aux participants de l'étude d'exprimer leurs points de vue et leurs opinions.

Les entretiens ont eu lieu en face-à-face, au domicile des participants. La durée des entretiens a varié de 5 à 30 minutes.

Afin de permettre une retranscription optimale des interviews, ces dernières ont été enregistrées (audio) avec l'accord préalable des participants. Les enregistrements ont été retranscrits intégralement via le site [Turbo Script](#). Une relecture en amont a été réalisée pour corriger les éventuelles erreurs. L'analyse qualitative s'est donc appuyée sur les verbatims extraits.

xvii. Analyse des données :

Les données retranscrites des entretiens ont été analysées selon les principes de l'analyse thématique inductive sans avoir eu recours à un logiciel. Dans un premier temps, une lecture intégrale des interviews a été effectuée afin d'identifier les idées clés. Plusieurs lectures, par la suite ont été réalisées afin d'identifier les grandes idées ainsi que les mots-clés, comme les difficultés de prise de rendez-vous, les fractures numériques, le renoncement aux soins, la télémédecine, etc. Les verbatims ressortis des différents entretiens ont été par la suite classés par grands items :

1. Difficultés d'accès aux soins et pénurie de médecins.
2. Renoncement aux soins.
3. Usage et perception de la télémédecine.
4. Fracture numérique et besoin d'accompagnement humain.

Les résultats qui vont suivre sont présentés selon quatre grands items. Ces derniers sont illustrés par des verbatims des participants (mis en italique et entre guillemets) ; ces citations permettront donc de comprendre et voir le vécu des participants dans un territoire sous-doté.

5. Résultats

G. Difficultés d'accès aux soins et pénurie de médecins

L'ensemble des participants interrogés confirme rencontrer des difficultés pour accéder à un médecin généraliste ou un spécialiste. Tous expriment le sentiment d'une pénurie médicale dans la région de l'Avesnois. La patiente 1, âgée de 70 ans et résidant à Hautmont déclare :

P1 : « Ah bah oui [qu'il y a de moins en moins de médecins], ceux qui exercent depuis très longtemps sont encore là, sinon il n'y en a pas beaucoup... Ils sont tous pleins, [...] certains ne prennent plus de patients, je ne comprends pas ».

Ce témoignage illustre le ressenti partagé par plusieurs participants face à une impression de saturation du système local de soins. La patiente 2, âgée de 89 ans et vivant à Maubeuge, déclare qu'il devient très difficile de trouver un nouveau médecin traitant (une fois que le médecin de famille part en retraite) :

P2 : « Mon médecin traitant est parti en retraite... ça fait plus de six mois, je n'ai toujours pas de médecin. Dès que j'essaie d'en trouver un, on me dit "je ne prends pas de nouveaux patients" ».

Cette absence de médecin traitant pousse les participants à recourir à d'autres alternatives telles que les urgences et les consultations sans rendez-vous du médecin de garde. Plusieurs d'entre eux se retrouvent contraints de recourir aux services de garde des urgences :

P1 : « Des fois, je vais aux urgences. Ils font aussi des généralistes de 19h à 23h, mais c'est la même chose... On se retrouve tous là-bas car nos médecins sont complets ».

Ce témoignage met en lumière l'expérience vécue de la surcharge des urgences P2 : « 3-4 heures, voire 5 heures » pour être vu aux urgences. « ...Ne comprend pas... » signe d'une incompréhension et d'une détresse face à un système qui ne parvient pas à apporter une réponse rapide.

Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont également un obstacle majeur à la prise en soin. Afin d'obtenir un créneau avec un généraliste, il faut souvent prévoir le rendez-vous plusieurs jours à l'avance (sauf rare créneau d'urgence). Concernant les spécialistes les délais d'attente peuvent aller jusqu'à plusieurs mois, voire ne jamais aboutir... Comme le témoigne la patiente 3, âgée de 53 ans et résidant à Louvroil (mère de famille) :

P3 : « Pour avoir un rendez-vous, il faut attendre 3 mois, 4 mois, voire un an... J'ai une ordonnance pour un pneumologue, je n'ai pas encore réussi à avoir un rendez-vous ».

Ces propos confirment que dans l'Avesnois, accéder à certains spécialistes tels que le pneumologue, l'ophtalmologue, le dermatologue, etc. relève du parcours du combattant. Il arrive même que les patients renoncent à consulter le spécialiste prescrit par le médecin traitant à cause des délais d'attente, comme en témoigne la patient 3 :

P3 : « Il faudrait que je fasse du kiné et je n'arrive pas à avoir un rendez-vous. J'ai renoncé, je n'ai pas fait de kiné. J'ai deux ou trois ordonnances, mais je n'ai jamais pu les utiliser »

Un autre aspect mis en avant dans les entretiens est l'inorganisation du parcours de soins due à la pénurie. Même lorsqu'un patient a un médecin traitant, la surcharge des salles d'attente complique les consultations :

P1 : « C'est la jungle parce que ceux qui ont rendez-vous et ceux sans rendez-vous se prennent la tête... on attend pendant des heures, c'est inacceptable ».

En raison de cette surcharge de patientèle, la qualité de la relation médecin-patient se retrouve directement entachée.

Le patient 4, 28 ans et vivant à Hautmont (vendeur dans un magasin), explique que dans son secteur, les médecins s'installent de plus en plus dans des communes éloignées

P4 : « ...Avant ils étaient concentrés au même endroit, maintenant ils s'écartent dans des villes différentes ».

Enfin, ce ressenti illustre la perception d'un éloignement progressif de l'offre de soins.

H. Renoncement aux soins

Le renoncement aux soins est une thématique qui ressort à travers les différents entretiens. Quatre participants sur sept déclarent y avoir été confrontés lors de leur parcours de santé. Les raisons énumérées sont dues à la difficulté à obtenir un rendez-vous et au manque de médecins disponibles :

P3 : « Ah oui, c'est déjà arrivé... par exemple j'ai de l'arthrose, il faudrait que je fasse du kiné et je n'arrive pas à avoir un rendez-vous. J'ai renoncé, je n'ai pas fait de kiné. J'ai deux ou trois ordonnances, mais je n'ai jamais pu les utiliser »

Malgré les prescriptions médicales, la patiente 3 a abandonné l'idée de se faire soigner en raison de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez le kiné pour des séances de rééducation de son bras. Ce cas, n'est malheureusement pas isolé, bien au contraire il témoigne d'une désertification médicale et de comment les habitants ont été amenés à un non-usage des traitements (qui dans certaines situations s'avèrent contraignantes), faute de soignants.

La désertification médicale induit un comportement d'autosoins surtout dans les cas où les participants (patients) jugent que cela ne vaut pas le coup de se déplacer ou de se retrouver à attendre des heures dans le cabinet du médecin :

P2 : « Quand j'ai un rhume ou une angine, tellement il n'y a pas de médecin, je me dis que ce n'est pas grave, je vais me soigner chez moi... C'est pour ça que ça revient toujours, parce que ce n'est pas bien soigné ».

Cette situation, illustre un comportement d'autosoins (ne pas se faire soigner pour quelque chose de "bénin") et montre comment cette méthode peut sembler rationnelle à court terme mais néfaste à long terme pour la santé de la personne. Ce phénomène ne touche pas que la population âgée, elle s'étend aussi sur la population plus jeune comme le patient 4 :

P4 : « Oui, ça m'est déjà arrivé [de renoncer] ... ».

Pour conclure, les entretiens révèlent que le renoncement aux soins est un comportement fréquent face au désert médical de l'Avesnois. Certains usagers subissent et d'autres anticipent (ils essayent d'avoir des rendez-vous et d'autres n'essaient même pas, convaincus que ce serait trop long et compliqué). Cet indicateur démontre un réel dysfonctionnement de l'accès aux soins. Tous les participants s'accordent à dire que ce renoncement devient la seule issue possible pour eux P2 : « c'est comme ça, on n'a pas le choix ». Cette résignation traduit un sentiment d'injustice face à un système de santé inégalitaire.

I. Usage et perception de la télémédecine

L'introduction de la télémédecine dans le territoire de l'Avesnois n'en est qu'à ses premiers pas et les témoignages reflètent cette réalité. Deux participants sur 7, ont eu recours à la télémédecine, tandis que les autres n'ont jamais eu d'expériences avec les outils de santé connectés.

Parmi les participants, la patiente 1, raconte avoir réalisé une téléconsultation en visioconférence via Doctolib lorsque son médecin traitant habituel était indisponible :

P1 : « J'ai déjà utilisé l'application Doctolib... on m'a proposé en visio. Je ne connaissais pas cette option... Mais maintenant, effectivement, on peut avoir un appel vidéo avec le médecin. Il vous soigne à distance. C'est pratique, surtout pour les personnes qui n'ont pas la force de sortir... ».

Le retour d'expérience de l'usagère est plutôt positif : elle insiste sur le côté pratique (pour les personnes loin ou dans l'incapacité de se déplacer). Elle ajoute néanmoins qu'il y a des inconvénients à son utilisation :

P1 : « ...Si c'est quelque chose de physique, vous voulez qu'ils vous consultent comment ? ... Donc à ce moment-là, je ne sais pas trop. Mais c'est toujours bien, mieux que de ne pas se soigner ou de ne pas avoir de médecin ».

On a donc une perception nuancée : la télémédecine est préférable au renoncement aux soins ; cependant, elle atteint ses limites lorsqu'un examen clinique ou un geste technique est nécessaire, en particulier le contact physique est indispensable. Induisant la crainte que

le médecin passe à côté de quelque chose de plus grave du à ce manque de touché physique.

Plusieurs participants, comme la patiente 2, n'ayant jamais entendu parler ou ne connaissant pas la télémédecine confient :

P2 : « Ah non, pas du tout... Utiliser une borne sur Internet, moi je ne suis pas douée... Je ne sais pas, je ne connais pas. J'aurais bien voulu, ça m'aurait facilité la tâche, mais je ne connais pas. Pour des vieilles personnes comme nous, c'est très compliqué ».

Ce témoignage indique un manque d'information et de compétence dans ce domaine, il renvoie aussi à l'absence d'une sensibilisation efficace de la population, qu'elle soit âgée ou jeune, comme le reflète le témoignage du patient 4 : « Je n'ai jamais utilisé ça... À la pharmacie ? Je ne savais pas que ça existait ».

Une fois le participant informé de ce qu'est la télémédecine et de l'existence des bornes de téléconsultation dans certaines pharmacies, il déclare que :

P4 : « Je ne m'en sers jamais [pour la santé] mais je suis à l'aise avec tout le matériel informatique... Je fais toujours [les rendez-vous] par téléphone, j'appelle, je prends rendez-vous... Mais Internet c'est simple ».

Dans son cas, la barrière technologique ne semble pas constituer un frein, En revanche, ce témoignage met en évidence un manque d'information concernant les outils numériques en santé et notamment l'existence ou l'usage des dispositifs comme les bornes de téléconsultation. Par ailleurs, d'autres participants expriment plus d'appréhension à l'utilisation de ces outils :

P3 : « Non, je ne connais pas du tout Internet... pour prendre un rendez-vous ou parler [avec un médecin], je ne sais pas faire. Il faut toujours qu'un de mes enfants soit avec moi ».

Ce cas illustre une fracture numérique générationnelle, la patiente 3 n'utilise pratiquement pas internet et se repose sur ses enfants pour la moindre démarche en ligne, y compris

réserver un rendez-vous sur Doctolib, Doctolib qu'elle appel d'ailleurs : « Ducoutilip », une déformation qui témoigne de son manque de familiarité avec cette application. Pour ces participants l'utilisation de la télémédecine n'est envisageable que s'ils sont accompagnés.

Pour résumer, la télémédecine est perçue par les participants, comme une solution pratique pour accéder à un médecin sans se déplacer, et potentiellement plus rapide en évitant les longs trajets ou les délais d'attente. Elle apparait également comme un outil prometteur, bien que certains expriment des réserves quant à sa capacité à remplacer un examen médical en présentiel, notamment lorsqu'un contact physique est jugé nécessaire.

Globalement, les participants se disent plutôt ouverts à l'idée d'utiliser davantage la télémédecine, à condition d'être accompagnés dans son usage, et que cela s'inscrive dans un cadre sécurisant par exemple avec la présence d'un professionnel de santé.

J. Fracture numérique et besoin d'accompagnement

Tous les entretiens convergent sur un point : dans l'Avesnois, l'accompagnement humain est perçu comme une condition essentielle pour que les innovations numériques en santé telles que la télémédecine puissent réellement bénéficier au plus grand nombre. Cependant, les fractures numériques subsistent et touchent pratiquement tous les âges. Plusieurs fractures ont été identifiées à travers les entretiens :

K. Fracture d'accès

Certains foyers, notamment dans les zones les plus reculées, ont une connexion internet très instable, limitant ainsi leurs gestes et rendant les téléconsultations impossibles au sein de leurs domiciles

L. Fracture d'usage

Malgré l'accès technique tel que le réseau internet, téléphone, ordinateur, etc. Une partie des participants n'ont pas la confiance et les compétences nécessaires à l'utilisation du numérique en santé. Une vérité qui s'applique sur l'échantillon des personnes interrogées, certains des participants de plus de 60 ans témoignent d'une dépendance envers leur entourage pour l'usage d'internet :

P3 : « J'ai besoin de l'assistance de mes enfants ou petits-enfants ».

P3 : « Il faut toujours qu'un de mes enfants soit avec moi pour montrer comment faire ».

Ce cas illustre que sans aide, les usagers n'entreprennent pas de démarches en ligne liées à la santé, non par principe, mais par manque de formation et par peur de commettre des erreurs.

M. Fracture psychologique

Au-delà des compétences technologiques, il y a un enjeu de confiance et d'acceptation du numérique en santé. Certains des participants ont exprimé leur préférence au contact humain direct plutôt qu'un en distanciel. Ils expriment une peur d'une offre médicale complètement informatisée.

P2 : « tout se fait sur internet ».

P2 : « Surtout pour des personnes âgées comme nous, la santé c'est important, on a besoin de vrai contact... on n'en a pas ».

Un sentiment de crainte et de méfiance accompagne le renouveau de l'offre médicale. Les mots de la patiente 2 renvoient à une forme de résistance au changement.

Face à tous ces constats, l'idée d'avoir un accompagnateur dans l'usage de la télémédecine a été perçue d'un bon œil par les participants. La simple évocation du "médiateur numérique en santé" a suscité leur intérêt :

P1 : « Ah oui, bien sûr, c'est un atout »

P1 : « À notre âge, on ne connaît pas forcément toutes les évolutions technologiques... Il faut des personnes pour nous guider et montrer ce genre d'application, pour notre bien-être ».

Les propos de la patiente 1 soulignent qu'un accompagnement humain peut faire la différence pour les personnes qui sont peu familiarisées avec ce type de dispositif.

P3 : « Si j'avais quelqu'un pour m'expliquer comment faire, je pense que j'apprendrais... Au bout de trois ou quatre fois, j'aurais appris ».

L'idée d'un apprentissage par un médiateur numérique en santé pourraient aider la population à surmonter les fractures numériques. Les plus jeunes après formation, pourrait aider les plus âgées à utiliser des outils connectés comme l'exprime le patient 4 :

P4 : « Oui, ça peut être bien... Par exemple ma grand-mère, elle ne saura pas se servir du téléphone internet... Si y a personne avec elle, un médiateur ça peut aider »

Il exprime aussi le souhait que ce service d'accompagnement soit accessible facilement et sans surcout pour les usagers :

P4 : « Il ne faudrait pas que ce soit un truc payant en plus dans la mutuelle... Il faudrait que ce soit comme le docteur : quand on en a besoin, on l'utilise, point ».

Le point soulevé par le participant, est que l'accompagnement ne doit pas devenir un frein financier, au risque de manquer sa cible. Cela suggère donc que le modèle de médiateur en santé numérique reposerait sur la gratuité et le financement par les collectivités et les pouvoirs publics.

En résumé, l'enquête met en évidence qu'une médiation humaine est perçue comme indispensable pour rendre la télémédecine plus efficace et équitable. Que ce soit un professionnel dédié ou un service ponctuel en mairie, la population vulnérable ne doit pas être livrée à elle-même face aux nouveaux outils numériques. Cette médiation représentera un nouveau moyen de formation et d'accompagnement ponctuelle comme le rapporte la patiente 1 : « mieux que de rester chez soi sans se soigner ».

Certains participants proposent d'organiser des ateliers d'initiation aux outils ou suggèrent de mettre en place un service d'équipe mobile qui se déplacerait avec du matériel connecté dans les villages. Ces idées citoyennes rejoignent souvent des initiatives déjà en réflexion au niveau local, comme on le verra dans la partie suivante.

6. Discussion et recommandations

N. Synthèse des résultats et discussion

Les résultats de cette étude qualitative sembleraient confirmer et préciser le constat global des difficultés d'accès aux soins dans l'Avesnois, tout en mettant en évidence la perception de la télémédecine ainsi que l'importance de l'accompagnement humain et social. Il ressortirait que la pénurie de médecins notamment les généralistes et spécialistes (dentistes, pneumologues, kinésithérapeutes, etc.), impacterait directement le parcours de soins de la population : allongement des délais d'attente, automédication et recours anticipé ou inadapté aux services d'urgence. Ces constats rejoindraient les données issues de la littérature, notamment concernant la diminution du nombre de praticiens.

Les participants de l'étude auraient exprimé une forme de résignation, d'inquiétude et de frustration quant à l'avenir de leur prise en soin. Le vécu principalement par les personnes atteintes de maladies chroniques) viendrait confirmer les données de la littérature et valident les chiffres nationaux. Ce phénomène pourrait induire un surcoût plus tardif pour le système de santé, en lien avec le retard de prise en soin ou les complications dues au renoncement aux soins.

L'étude mettrait également en évidence une perception nuancée. Malgré les avantages qu'offre la télémédecine, cette dernière resterait peu utilisée par les personnes qui en ont réellement besoin en raison du manque de communication et aux fractures numériques. Ces obstacles freineraient l'appropriation cette technologie révolutionnaire. Toutefois, les quelques participants ayant expérimenté la télémédecine rapporteraient une expérience plutôt satisfaisante. A l'inverse, le reste de l'échantillon évoquerait des freins importants comme la méconnaissance des outils, une appréhension à l'utilisation de la technologie, la déshumanisation de l'acte médical...etc. Ce constat soulignerait l'importance du facteur humain dans l'adoption des innovations technologiques en santé : l'efficacité de la télémédecine reposerait aussi sur la capacité à accompagner les usagers dans ce changement.

Les entretiens suggéreraient que l'accompagnement humain pourrait représenter la réponse manquante à la "bonne" utilisation de la télémédecine. L'hypothèse initiale du mémoire serait ainsi renforcée. Les personnes interrogées semblent s'accorder sur l'intérêt que représenteraient les médiateurs ou les aidants numériques pour guider les habitants de

l'Avesnois en situation de précarité. Ces retours rejoindraient les recommandations nationales qui visent à accompagner les usagers à l'utilisation des TIC en santé.

L'accompagnement humain ne se limite pas au versant technique : il aurait aussi pour effet de rassurer les usagers et de redonner une dimension humaine à la consultation, notamment pour les populations âgées qui ont été habituées au contact humain.

Néanmoins, l'étude présente certaines limites, à commencer par la taille restreinte de l'échantillon : 7 participants. Toutefois, dans une étude qualitative chaque témoignage compte. Il conviendrait également de noter que les structures et les professionnels de santé n'ont pas été interrogés, ce qui pourrait constituer un angle manquant. Néanmoins, la résonance avec les autres études sur les déserts médicaux viendrait renforcer la validité de la conclusion proposée.

La diversité des profils, en termes d'âge et de localisation aurait permis de mettre le doigt sur différentes problématiques et avoir des avis nuancés.

Ainsi, les résultats de ce mémoire tendraient à converger vers une approche combinée : entre la technologie et l'humain, deux notions qui, jusqu'à aujourd'hui, étaient souvent présentées comme opposées d'un point de vue politique. Ces constats, intègrent les débats actuels sur la lutte contre les déserts médicaux. La télémédecine additionnée à un accompagnement humain peut devenir beaucoup plus efficace. Cette approche pourrait contribuer à réduire les inégalités d'accès aux soins.

A partir de ces renseignements, une proposition de projet pilote pourrait être formée pour le territoire de l'Avesnois, visant à concrétiser cette approche combinée.

O. Analyse critique du travail réalisé

xviii. Limites méthodologiques :

1. L'échantillon serait de taille réduite, ce qui limiterait la représentativité des résultats.
2. La diversité des profils interrogés pourrait être insuffisante.
3. Un biais de sélection serait envisageable avec des participants disponibles ou sensibilisés au sujet.
4. Biais d'enquête : la formulation des questions, et la posture de l'enquêteur pourraient avoir influencé les réponses.

P. Recommandation : Proposition d'un projet pilote (plaidoyer)

Au vu de l'analyse précédente, je recommande la mise en place d'un projet pilote sur le territoire de l'Avesnois. "**Accès santé Avesnois : médiation numérique et coordination sociale pour la télémédecine**". Il s'agirait d'une expérimentation locale visant à combiner l'accompagnement humain et social, médiation numérique et coordination des acteurs du territoire sur l'accès aux soins. Cette recommandation prend la forme d'un plaidoyer pour la santé numérique dans un territoire rural.

Plaidoyer pour la santé numérique dans les territoires ruraux ;

xix. Contexte :

Depuis 2009, la loi HPST impose la télémédecine comme une réponse aux déserts médicaux. Dans les territoires tels que l'Avesnois, cette solution technologique peine à s'ancrer durablement dans les habitudes de la population. L'enquête menée dans le cadre de ce mémoire met en lumière les limites du déploiement de la télémédecine non accompagnée : fracture numérique, isolement, manque de coordination...etc. Aujourd'hui l'Avesnois, cumule plusieurs caractéristiques défavorables à un accès aux soins optimal :

- Une densité médicale inférieure à la moyenne régionale : 4,5 médecins pour 1 000 habitants.
- Une précarité sociale avec un taux de pauvreté de 22 %.
- Une faible couverture numérique dans certaines communes isolées.

Les initiatives existantes, telles que les maisons de santé pluridisciplinaires ou les bornes de télémédecine en pharmacie ne parviennent pas à arrêter le renoncement aux soins dans le secteur de l'Avesnois notamment dans les zones les plus isolées comme le sud du territoire.

xx. Objectif général :

Améliorer l'accès aux soins par un accompagnement humain et social à l'utilisation de la télémédecine dans l'Avesnois.

La population cible est composée principalement de personnes âgées, personne en situation de précarité et de handicap ou de précarité ou tout simplement non sensibilisées à la télémédecine.

xxi. Objectifs spécifiques :

(Proposer des chiffres SMART sur la première année d'expérimentation).

1. Former 100 usagers en situation de précarité numérique à l'utilisation de la télémédecine en 6 mois.
2. Réaliser 200 téléconsultations accompagnées : A l'aide d'un médiateur numérique ou d'un professionnel tel qu'un coordinateur de trajectoire de santé sur le territoire pilote.
3. Réduire le taux de renoncement aux soins de 15 % dans les deux communes pilotes, en mettant en place des indicateurs avant /après par un suivi d'enquête par exemple.

xxii. Population cible :

Le projet s'adresse en priorité aux publics identifiés comme étant en situation de fragilité tels que : les personnes âgées isolées, les personnes en situations de précarité socio-économique, les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de handicap, et plus largement les habitants de l'Avesnois touchés par une fracture numérique.

xxiii. Le projet vise :

Les actions envisagées à la mise en place de ce projet pilote sont :

- Organiser des ateliers d'initiation aux outils numériques en santé, de façon régulière sur les différentes communes, animés par un médiateur numérique. Ces ateliers seront gratuits, permettront une initiation à l'utilisation de Mon Espace Santé, tensiomètre...etc. Les séances seront pratiques et pédagogiques, en utilisant les outils mis en place par la commune dans l'objectif de donner une certaine autonomie aux usagers. Exemple prendre rendez-vous en ligne, rendez-vous en visioconférence et envoi de fichier médical, etc.
- Mettre en place des permanences locales de médiation numérique : dans les espaces faciles d'accès comme les CCAS, pharmacies et autres centres sociaux. Le médiateur serait présent pour accompagner individuellement les usagers. Par

exemple, aider les personnes à effectuer des téléconsultations sur une borne de pharmacie.

- Déployer une équipe mobile équipée de matériel adapté (tablettes, connexion, véhicule, etc.) qui se rendrait dans les villages les plus isolés du Sud de l'Avesnois. L'équipe mobile pourrait proposer soit des téléconsultations programmées, ou des séances de sensibilisation numérique afin d'aller vers des personnes qui sont dans l'incapacité de se déplacer.
- Assurer la coordination entre les différentes collectivités et structures sanitaires, sociales et médico-sociales : le projet vise à réunir les acteurs (ARS, médecins, infirmiers, pharmaciens, élus locaux, associations) afin de coordonner leurs actions.

xxiv. Feuille de route :

Ce projet pilote ferait l'objet d'une feuille de route comprenant un calendrier sur une période d'une année, les indicateurs (quantitatifs : nombre d'ateliers, participants, téléconsultations. Qualitatifs : entretiens de satisfaction des usagers et leurs retours d'usage, questionnaires pré/post formation, engagement des professionnels et collectivités) qui permettraient une évaluation finale. Le projet inclurait un comité de pilotage (représentant des usagers, professionnels de santé, élus locaux, structures types CPTS).

Ce projet s'inscrit dans les recommandations nationales dans le déploiement de la télémédecine dans les territoires les plus isolés. En combinant l'humain et la télémédecine pour qu'à la fois cela réponde à la demande de soins et à l'autonomie numérique des habitants de l'Avesnois.

xxv. Analyse SWOT (FFOM)

Forces	Opportunités
Réseaux d'acteurs mobilisés.	AMI inclusion numérique

Financements potentiels.	Soutien politique régional
Menaces	Faiblesses
Manque de ressources humaines Fracture numérique	Saturation des dispositifs locaux Réticences professionnelles Complexité de l'offre du territoire

Figure 4 : Tableau représentant la matrice SWOT.

xxvi. Les parties prenantes et stratégie partenariale :

1. ARS Hauts-de-France (financeur, garant stratégique).
2. DAC (coordination opérationnelle).
3. Communes partenaires (logistique, locaux)
4. Associations (mobilisations des publics)
5. Professionnels de santé (prescripteurs, accompagnants)
6. Travailleurs sociaux (identification des publics)

Ce plaidoyer repose donc sur une conviction forte : « l'innovation ». L'innovation technologique n'est pertinente que si elle est accompagnée socialement dans un territoire tel que l'Avesnois.

7. Conclusion :

Le présent travail a permis de mettre en lumière la situation sanitaire alarmante d'un territoire rural, l'Avesnois, et d'explorer une piste d'amélioration innovante sur la base d'une solution déjà existante : "la télémédecine" la télémédecine associée à un accompagnement humain de proximité.

À travers la littérature, la télémédecine ressort comme une réponse pour réduire la problématique des déserts médicaux. Néanmoins son potentiel n'est pas complètement utilisé (synthèse des différents entretiens réalisés dans le cadre de cette étude). La mise en place d'un système de médiation numérique en santé permettra à la fois de répondre au besoin technique (lutte contre la fracture numérique) et au besoin social (humanisation de la technologie).

La démarche qualitative a confirmé que les habitants sont ouverts aux changements à condition d'être accompagnés. Les témoignages convergent vers une seule idée : Innover en gardant l'humain au centre. Cette approche, permettrait aux politiques de lutter contre les déserts médicaux en dépassant les limites de l'Avesnois et en touchant tout le territoire français dans un pays où 30 % de la population est désormais touchée par la désertification médicale.

En termes de perspective, une recherche approfondie de ce travail peut être envisagée en incluant les différents acteurs du territoire comme le professionnel de santé ainsi que les institutions afin de renforcer le diagnostic posé. D'autre part la mise en place de ce projet sur une ou deux communes permettrait une collecte d'informations précieuses. Enfin, cette étude ouvre une voie vers l'ère du numérique : comment maintenir l'équité dans les soins lorsque la technologie devient l'intermédiaire ? L'expérience sur l'avesnois peut ouvrir une réflexion de santé publique nationale.

En conclusion, l'accès aux soins dans les territoires marqués par des disparités médicales pourrait être améliorée par la combinaison d'accompagnement humain à la technologie. L'un ne peut fonctionner sans l'autre. La télémédecine offre la possibilité de reconnecter les différents secteurs au système de santé à condition d'être complétée par l'humain. Dans le territoire de l'Avesnois comme partout ailleurs (en zone rurale) cette vision constitue une étape fondamentale vers une réduction des inégalités d'accès aux soins et vers une offre de santé plus adaptée.

8. Bibliographie :

Vie Publique. (2022). Accès aux soins : rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux. Récupéré de <https://www.vie-publique.fr>

HAS. (2011). Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Haute Autorité de Santé.

Sénat. (2022). Rapport d'information sur le renforcement de l'accès territorial aux soins. Sénat, commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Récupéré de <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-2821.pdf>

Agence du Numérique en Santé & Think-Out. (2023). Les Français et le numérique en santé : Synthèse d'étude. OpinionWay pour Think-Out et l'Agence du Numérique en Santé. Récupéré de https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240205_presentationpresse_enquete.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2024). Le numérique en santé : ce qu'en pensent les Français. Récupéré de <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-numerique-en-sante-ce-qu-en-pensent-les-francais>

Agence de Développement et d'Urbanisme de la Sambre. (2023). La santé en Sambre-Avesnois. ADU.

Vergier, N., & Chaput, H. (2017). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

Simon, P., & Acker, D. (2008). La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Récupéré de https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

Blanco Cazeaux, I. (2023). Accès aux soins : qui sont ces patients qui renoncent ? HAL Open Science. Récupéré de <https://hal.science/hal-04074709/document>

Bourgueil, Y., Breton, M., Cohidon, C., Falcoff, H., Ferguson, M., Hudon, C., Macq, J., Senn, N., & Van Durme, T. (2025). Imaginer les soins primaires de demain. Revue Médicale Suisse, Lausanne. Récupéré de https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/9782880495763-imaginer_les_soins_primaires-rmsed-oa.pdf

Rural Health Information Hub. (n.d.). Telehealth Use in Rural Healthcare. Récupéré de <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/telehealth-health-it>

National Rural Health Association. (2025). Telehealth's impact on rural hospitals: A literature review. Récupéré de <https://www.ruralhealth.us/blogs/2025/02/telehealth-s-impact-on-rural-hospitals-a-literature-review>

UNICEF. (n.d.). Remote care: How telemedicine is transforming rural health care in Georgia. Récupéré de <https://www.unicef.org/georgia/stories/remote-care-how-telemedicine-transforming-rural-health-care-georgia>

Comersis. (n.d.). Carte EPCI et Communes du Département Nord (59). Récupéré de <https://france.comersis.com/carte-epci-communes.php?dpt=59>

INSEE. (n.d.). Dossier statistique EPCI - Sambre-Avesnois. Récupéré de <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200043263#consulter-sommaire>

Plateforme Sanitaire et Sociale Hauts-de-France. (n.d.). Sambre-Avesnois-Thiérache à mi-parcours. Récupéré de <https://www.pf2s.fr/actualites/sante/673-sambre-avesnois-thierache-a-mi-parcours>

France Bleu. (2022, juin 8). Pour lutter contre les déserts médicaux, les étudiants en pharmacie lillois en immersion à Liévin. Récupéré de <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-les-etudiants-en-pharmacie-lillois-en-immersion-a-lievin-1654708562>

Canal FM. (n.d.). Cœur et Sud Avesnois : en finir avec les déserts médicaux. Récupéré de <https://www.canalfr.fr/c-ur-et-le-sud-avesnois-en-finir-avec-les-deserts-medicaux>

9. Annexes

xxvii. Annexe 1 : Guide d'entretien :

Guide d'entretien : étude qualitative sur la télémédecine et l'accompagnement humain dans l'Avesnois.

Pour les usagers :

Objectifs de l'entretien :

1. Comprendre les besoins et les limites de l'accès aux soins des habitants de l'Avesnois.
2. Evaluer la perception et l'utilisation de la télémédecine dans un contexte de désert médical.
3. Identifier le rôle et l'impact de l'accompagnement humain dans l'adoption de solutions numériques.
4. Réaccueillir des propositions pour améliorer l'accès aux soins à travers des dispositifs innovants.

Méthodologie :

Type d'étude : Etude qualitative exploratoire.

Type d'entretien : entretiens semi-directifs.

Population cible :

- Habitants de l'Avesnois

Nombre d'entretiens envisagés :

- Habitant de l'avesnois : 7 personnes (déjà recrutés)

Ethique et consentement : demander le consentement oral /écrit de la personne interviewer et garantir leur anonymat.

Les axes d'évaluations : Accès aux soins, Fracture numérique, Perception de la télémédecine, Accompagnement humain.

Trame de l'entretien :

Question1 : (brise-glace) : créer un climat de confiance

Pouvez-vous vous présenter ?

Question 2 : comprendre les parcours actuels d'accès aux soins et les éventuels obstacles.

Pouvez-vous me raconter comment vous faites aujourd'hui pour consulter un médecin quand vous en avez besoin ?

Question 3 : Identifier la perception du désert médical dans la région.

Avez-vous le sentiment qu'il y a de moins en moins de médecins disponibles dans votre région ?

Question 4 : Explorer les raisons du renoncement aux soins

Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de renoncer à vous soigner ? Si oui, pourquoi ?

Question 5 : Evaluer l'expérience concrète et la satisfaction vis-à-vis de la télémédecine.

Avez-vous déjà utilisé la télémédecine (consultation en visio, téléconsultation en pharmacie...etc.) ? Comment cela s'est passé ?

Question 6 : mesurer le niveau d'aisance numérique et repérer les freins éventuels

Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec l'usage d'internet ou des outils numériques pour votre santé ? pourquoi ?

Question 7 : identifier les ressources humaines de proximité (famille, aidants, pro)

Quand vous avez une difficulté pour prendre un rendez-vous ou faire une démarche en ligne, est-ce qu'il y a quelqu'un pour vous aider ?

Question 8 : Evaluer la pertinence d'un accompagnement humain comme levier d'accès aux soins numériques

Pensez-vous qu'un accompagnement par des médiateurs numériques (personne chargées d'aider les gens à utiliser la télémédecine) serait utile pour aider des gens dans votre situation ?

Question 9 : recueillir des propositions citoyennes sur les améliorations possibles en matière d'accès aux soins

Qu'est-ce qui, selon vous, devrait être mis en place pour que tout le monde puisse accéder aux soins, même dans une région comme ici ?

xxviii. Annexe 3 : Grille COREQ :

Grille COREQ :

N°	Item	Questions / Description	Réponses
1	Enquêteur	Qui a mené les entretiens ?	Cylia Boudlal, étudiante en Master 2 Coordination des trajectoires de santé.
2	Titre académique	Diplômes du chercheur	Étudiante en Master 2 à l'université.
3	Activité	Statut au moment de l'étude	Étudiante en Master 2.
4	Genre	Homme ou femme ?	Femme.
5	Expérience / formation	Expérience antérieure en recherche ?	Aucune expérience de recherche déclarée ; première démarche dans le cadre du mémoire.
6	Relation antérieure	L'enquêtrice connaissait-elle les participants ?	Non, aucune relation antérieure.
7	Connaissances des participants	Ce que les participants savaient de l'enquêtrice	Ils étaient informés de l'objectif de l'étude, à visée académique.
8	Caractéristiques de l'enquêtrice	Biais, hypothèses, posture ?	Posture réflexive adoptée, sans lien hiérarchique avec les participants.
9	Cadre méthodologique	Quelle approche ?	Approche qualitative avec analyse
			thématique inductive.
10	Échantillonnage	Méthode de sélection ?	Échantillonnage raisonné avec aide de trois infirmières, dont une IPA.
11	Prise de contact	Comment les patients ont-ils été sollicités ?	Face à face via les infirmières.
12	Taille de l'échantillon	Nombre de participants ?	7 participants.
13	Non-participation	Refus ou abandons ?	10 refus, par indisponibilité ou réticence à s'exprimer.

14	Lieu de l'entretien	Où ont eu lieu les entretiens ?	Au domicile des patients.
15	Présence d'autres personnes	Autres personnes présentes ?	Non.
16	Description de l'échantillon	Caractéristiques ?	Patients en situation de précarité sociale, pathologies chroniques.
17	Guide d'entretien	Utilisé ? Prétesté ?	Guide utilisé mais non testé au préalable.
18	Entretiens répétés	Répétition ?	Non, un seul entretien par participant.
19	Enregistrement	Enregistrement audio/vidéo ?	Oui, audio avec consentement.
20	Cahier de terrain	Notes prises ?	Oui, après les entretiens.
21	Durée	Combien de temps ?	Entre 5 et 30 minutes.
22	Seuil de saturation	Saturation atteinte ?	Non discutée, mais nombre jugé suffisant.
23	Retour des transcriptions	Validées par participants ?	Non.
24	Codeurs	Combien ?	Une seule personne : la chercheuse.
25	Codage	Structure ?	Organisation thématique présentée.
26	Origine des thèmes	A priori ou induits ?	Thèmes issus de l'analyse inductive.
27	Logiciel	Utilisé ?	Aucun, analyse manuelle.
28	Vérification résultats	Validation par participants ?	Non.
29	Citations	Utilisées ?	Oui, anonymisées.
30	Cohérence	Résultats appuyés ?	Oui.
31	Thèmes principaux	Présentés clairement ?	Oui.
32	Thèmes secondaires	Présents ?	Peu abordés, centrés sur les thèmes dominants.

10. Glossaire :

E-santé : Selon l'OMS l'e-santé est “ les services du numérique au service du bien-être de la personnes”

Illectronisme : L'illectronisme selon Le Robert est l'état d'une personne qui ne maîtrise pas l'usage des ressources électroniques.

La zone blanche : est un territoire ou une région où l'accès aux soins est très limité voire inexistant. Bien souvent, les zones dites sous-denses subissent la pénurie d'une grande quantité de services, allant de la couverture médicale en passant par la couverture médicale en passant par la couverture de réseaux mobiles entre autres.

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive : Est une maladie respiratoire chronique due à une inflammation et une obstruction permanente et progressive des bronches. Sa principale cause est le tabagisme. (Ameli.fr)

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fond des Nations Unies pour l'Enfance) : Agence des Nations-unies créée en 1946, dont le siège est à New York. Elle est chargée, dans le monde entier, de défendre les droits des enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. (UNICEF pour chaque enfant)

Géorgie : Relatif à la Géorgie, république caucasienne (selon Le Robert Dico en ligne)