



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La télémédecine en médecine générale :
déterminants de son développement**

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2019 à 16h00
Au Pôle Recherche
Par Thomas SCHRYVE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Monsieur le Docteur Grégoire FICHEUR

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Vanessa OLARIU

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 seront 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.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD :	Affection de Longue Durée
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRDMM :	Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique
CSBM :	Consommation de Soins et Biens Médicaux
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des Statistiques
ECN :	Examen Classant National
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES :	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HPST :	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
MG :	Médecins Généralistes
MICA :	Mécanisme d'Incitation à la Cessation anticipée d'Activité
PIB :	Produit Intérieur Brut
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé

RESUME

INTRODUCTION : La médecine générale française connaît actuellement une crise démographique. La demande de soins explose car la population augmente et elle vieillit. Les maladies chroniques progressent et la société se médicalise. Face à cela le nombre de MG diminue, les départs en retraite sont nombreux et les jeunes ne sont pas prêts à travailler autant que leurs aînés. Des déserts médicaux apparaissent. La télémédecine pourrait être une des solutions pour lutter contre ce phénomène. L'objectif principal était d'évaluer les déterminants du développement de la télémédecine en médecine générale.

MATERIEL ET METHODE : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG des Hauts de France entre novembre 2018 et Avril 2019. Treize MG ont été interrogés sur les motivations et les freins au développement de la télémédecine.

RESULTATS : Cette étude a permis de recueillir le ressenti des MG à propos de la télémédecine. Elle les intéresse car elle peut représenter un gain en termes de temps, de déplacement et de confort ; pour eux comme pour les patients. Ils pensent qu'elle peut permettre de lutter contre les déserts médicaux et d'améliorer la qualité des soins. Ils sont très favorables au développement de la téléexpertise. Cependant ils manquent encore de connaissance et de pratique sur le sujet. Ils pensent que l'absence d'examen clinique risque d'être source d'erreurs médicales et craignent une déshumanisation de la relation médecin-patient. Ils ont peur que la télémédecine leur échappe au profit de compagnies privées qui privilégieront l'aspect lucratif au bien-être du patient. Concernant la démographie médicale, les MG ressentent bien la tension qui se crée et les disparités régionales. Pour remédier à ce problème ils proposent d'augmenter le numerus clausus et de former plus de MG. Ils sont favorables aux mesures incitatives pour attirer les jeunes dans les zones blanches et à une revalorisation de la rémunération pour rendre la médecine libérale attractive. Certains évoquent des mesures coercitives telles que la régulation des installations ou la limitation des remplacements, mais la plupart restent attachés à la liberté d'installation.

DISCUSSION : les MG sont intéressés par la téléconsultation et la téléexpertise mais il existe encore de nombreuses craintes à lever. A l'ère du numérique, la télémédecine apparaît comme une réponse du système de santé à l'évolution de la société.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Introduction générale	1
2. Contexte démographique : inadéquation entre la demande et l'offre de soins	2
A/ Demande de soins en augmentation	2
Accroissement de la population	2
Vieillesse de la population	2
Augmentation des maladies chroniques	2
Médicalisation de la société	3
B/ Offre de soins qui diminue	4
Diminution du nombre de médecins généralistes en activité	4
Disparités régionales	5
Féminisation de la profession	6
Évolution des pratiques	7
Diminution du temps médical effectif	8
3. La télémédecine : définitions et cadre légal	8
La téléconsultation	9
La téléexpertise	10
La télésurveillance médicale	10
La téléassistance médicale	10
La régulation médicale	10
4. Objectifs	10
MATERIEL ET METHODES	11
1. Type d'étude	11
2. Choix de la méthode	11
3. Population étudiée	11
4. Guide d'entretien	12
5. Éthique	12
6. Recueil des données	12
7. Analyse des données	13
RESULTATS	14
1. Caractéristiques des participants	14
2. Demande et offre de soins	15
A/ Demande de soins	15
B/ Offre de soins	16
C/ Causes	20
D/ Conséquences	22
E/ Solutions	24
3. La télémédecine	31
A/ État des lieux	31

B/ Conditions nécessaires	31
C/ Intérêts	34
D/ Limites	39
E/ Avenir	45
DISCUSSION	47
1. Limites et forces de l'étude	47
A/ Limites	47
1 - Liées au recueil des données	47
2 - Limite d'investigation	47
3 - Limite d'interprétation	47
B/ Forces	48
1 - Le sujet	48
2 - Le recrutement	48
3 - La méthode	48
2. Analyse des résultats	49
A/ La démographie médicale	49
1 - Ressenti des médecins	49
2 - Propositions d'amélioration	50
B/ La télémédecine	55
1 - État des lieux	55
2 - Conditions nécessaires	55
3 - Intérêts	58
4 - Limites	60
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	69
1. Guide d'entretien	69
2. Avis CRDMM	70

INTRODUCTION

1. Introduction générale

L'histoire de la médecine montre que, de tout temps, les médecins ont adopté dans leurs pratiques les innovations techniques, afin d'améliorer l'exercice de leur art au service de la prise en charge des patients et de la qualité des soins. La diffusion de ces techniques a toujours conduit à de nouvelles façons d'exercer la médecine.

Les technologies de l'information et de la communication, que nous appelons aujourd'hui le « digital », modifient nos vies personnelles et professionnelles, la manière dont nous percevons autrui et notre environnement. Leur omniprésence dans notre quotidien bouleverse profondément notre manière de communiquer, de travailler, de nous informer, de consommer, de nous former, de nous divertir et, bien évidemment, de nous soigner.

D'autre part, l'avènement des réseaux sociaux et, dans le domaine de la santé, l'apparition de communautés virtuelles de patients, ont également largement modifié les relations des patients entre eux, la manière dont ils gèrent leur maladie et leur traitement, mais également les relations qu'ils entretiennent avec les personnels de santé qui les suivent.

Il apparaît primordial que les institutions et les professionnels de santé accompagnent cette transformation.

La télémédecine semble donc être un des moyens de faire face aux défis posés à notre système de santé.

2. Contexte démographique : inadéquation entre la demande et l'offre de soins

A/ Demande de soins en augmentation

Accroissement de la population

La population française est passée de 60 508 150 habitants en 2000, à 66 890 699 habitants en 2018, soit une augmentation de 10,5% en 18 ans. (1)

Vieillesse de la population

En 2000 les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 15,8% de la population, contre 19,7% en 2018.(1)

L'âge moyen est passé de 38,55 ans à 41,50 ans sur la même période.(1)

Ceci peut s'expliquer par le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge de la génération des baby-boomers.

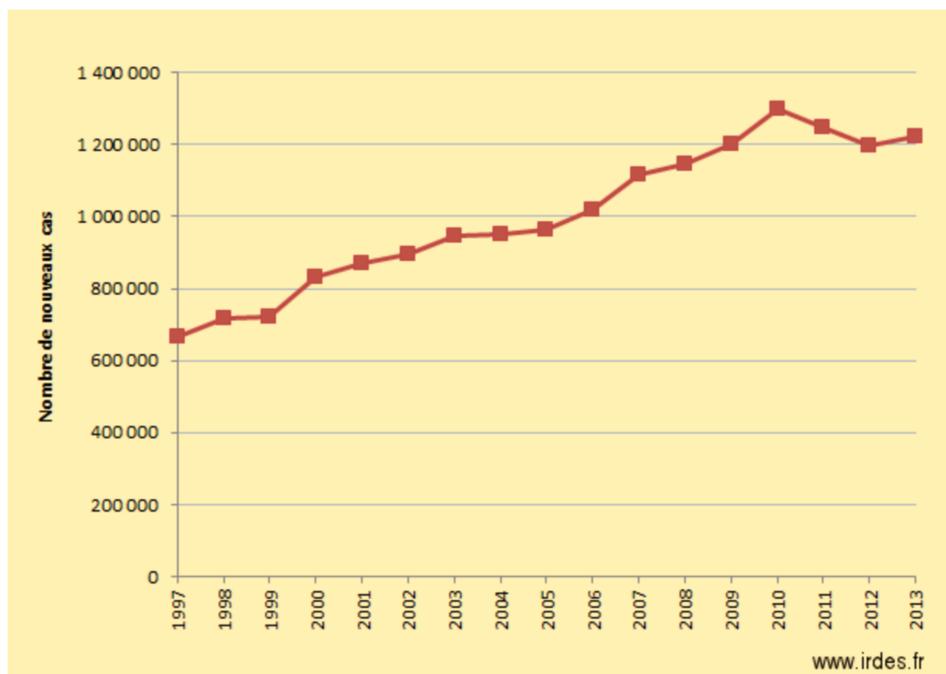
Augmentation des maladies chroniques

Par le biais de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration des outils diagnostiques, l'incidence des malades en affection de longue durée (ALD) est passée de 664 822 cas/an en 1997 à 1 224 352 cas/an en 2013.(2)

On constate un pic en 2010 et une baisse les années suivantes, due à la suppression en 2011 de l'ALD 12 (hypertension artérielle sévère).

Sur la période 1997-2013, l'augmentation annuelle moyenne de l'incidence des ALD a été de 3,9 %(2)

En 2004 on comptait 6.7 millions d'assurés du régime général en ALD. En 2017 ils étaient 10.7 millions soit 17% de la population et l'incidence montait à près de 1,7 millions de cas/an.(3)



GRAPHIQUE 1 : ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DES MALADES EN ALD DE 1997 A 2013

Médicalisation de la société

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de bien-être complet physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

La médecine préventive se développe et le patient devient acteur de sa propre santé.

Avec la loi du 4 mars 2002 (loi n° 2002-303) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « *le patient devient sujet de droit et revendique d'être traité comme un égal, infléchissant la relation soignant-soigné de la relation de confiance vers le rapport contractuel.* »(4)

La vulgarisation de l'information médicale participe également à ce changement.

L'ensemble de ces phénomènes fait que, depuis les années 1950, la part de PIB que la France consacre aux dépenses de soins n'a cessé d'augmenter. Ainsi, de 1950 à 2015, la part de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) dans le PIB a plus que triplé en passant de 2,6 à 8,9 points de PIB. En 2015, la CSBM représentait la somme de 195 milliards d'euros.(5)

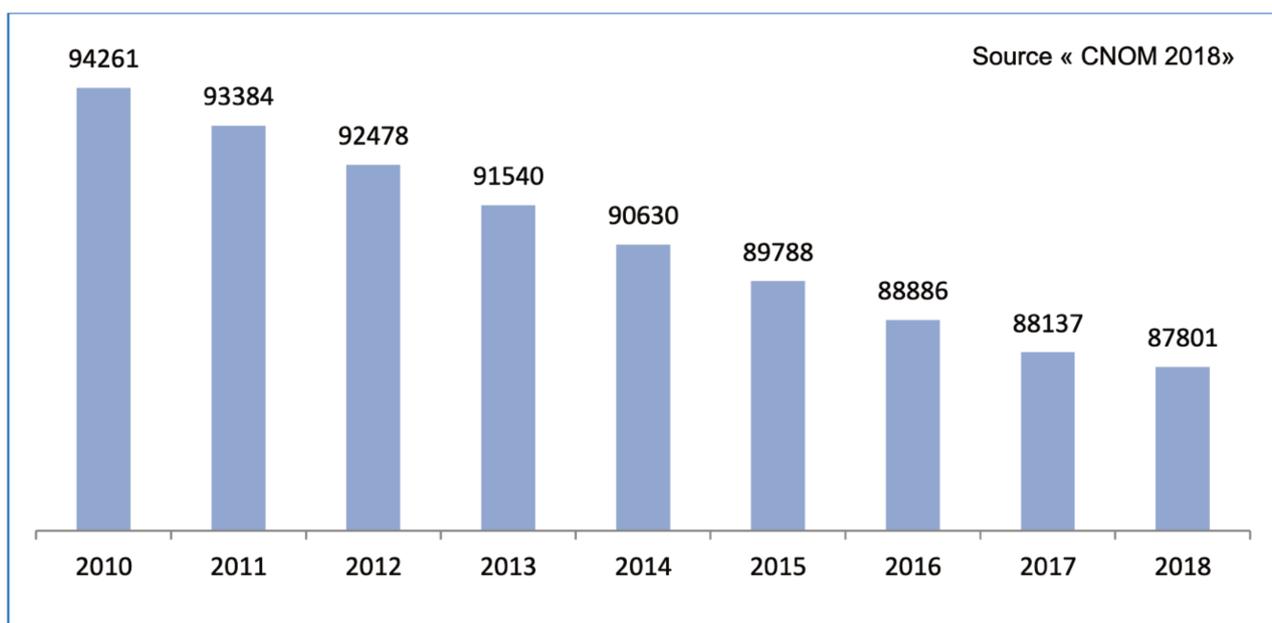
B/ Offre de soins qui diminue

Diminution du nombre de médecins généralistes en activité

En 2018 le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dénombre 87 801 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 7,3% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017.(6)

Cette diminution des effectifs est en partie liée à l'action des pouvoirs publics avec notamment l'instauration du Numérus Clausus en 1971 et le mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA) de 1988 à 2003.

La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière.(6)



GRAPHIQUE 2 : ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE DEPUIS 2010

L'analyse de la densité médicale sur la période 2010/2018, montre que tous les départements français ont connu une diminution de leur densité de médecins généralistes en activité, à l'exception de la Loire Atlantique et de la Savoie.(6)

Cette baisse est cependant hétérogène avec de fortes disparités régionales.

Disparités régionales

La répartition des médecins sur le territoire est inégale : les écarts de densité médicale peuvent atteindre des rapports de 1 à 3 selon les départements.

En 10 ans le CNOM a constaté un creusement des inégalités territoriales au détriment des régions et des départements déjà en situation de fragilité ; avec un déficit en médecins plus marqué dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées.

Par ailleurs les départements à faible densité médicale cumulent généralement les difficultés : population générale plus âgée, desserte de services publics moins bonne, couverture réseau plus aléatoire.(6)

Les personnes nécessitant le plus de soins sont souvent plus éloignées de l'accès aux soins.

Concernant les Hauts de France, la diminution de nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2017 et 2018 est chiffrée à 1,22%.

Une analyse par département montre que c'est le Nord qui s'en sort le mieux avec une baisse de 0,44% sur cette période. On trouve ensuite la Somme à 0,82% puis le Pas de Calais à 0,96%. L'Oise présente une baisse de 3,08%. La situation la plus préoccupante concerne l'Aisne qui souffre d'une diminution des effectifs de 5,56% sur l'année.(6)

Si on s'intéresse à la période 2010/2017 l'Aisne a perdu 22% de médecins généralistes en activité régulière.(7)

En ce qui concerne la densité de médecins généralistes en activité régulière, la médiane nationale se trouve à 126,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

La Somme (146,2) et le Nord (138,3) se situent au-dessus de cette médiane tandis que le Pas de Calais (118,5), l'Oise (96,6) et l'Aisne (91,2) sont en dessous.(6)

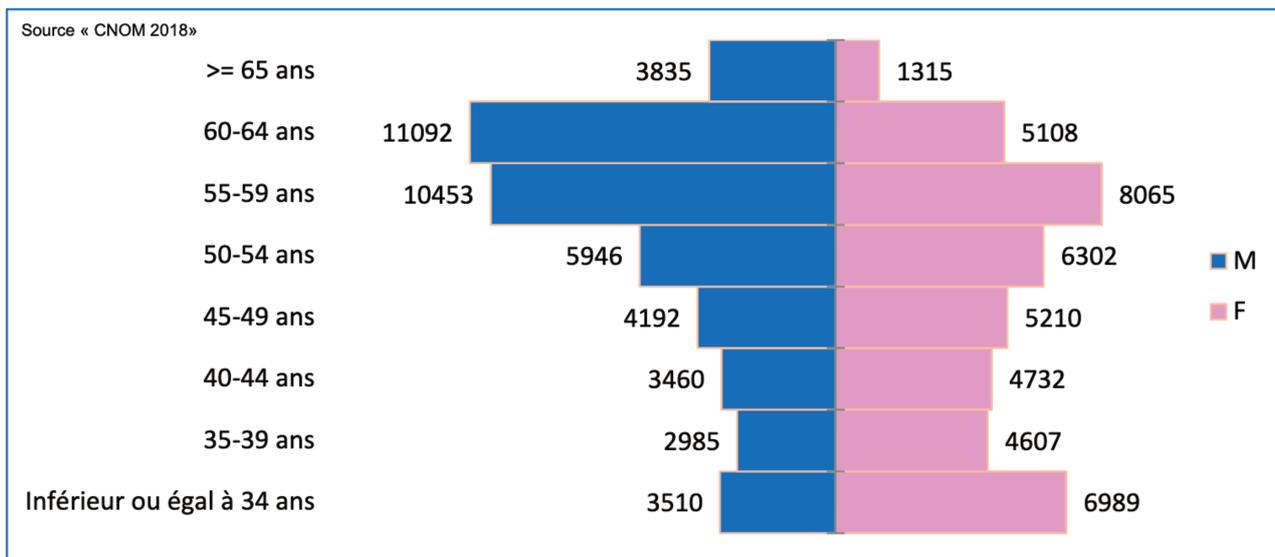
Vieillissement des médecins

L'index de renouvellement générationnel (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus) se situe à 0.85 pour les médecins généralistes.

Cela met en évidence l'insuffisance du renouvellement.(8)

La forme en champignon de la pyramide des âges de 2018 confirme l'évidence d'un vieillissement préoccupant des médecins.

Près de la moitié (45,4%) des médecins généralistes en activité ont plus de 55 ans contre 20,6% pour les médecins de moins de 40 ans.(6) Par conséquent les classes en âge de prendre leur retraite prochainement sont numériquement très importantes.



GRAPHIQUE 3 : PYRAMIDE DES AGES DES MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE EN 2018

Féminisation de la profession

Cette pyramide est aussi le reflet de la féminisation de la médecine. En effet on constate que chez les médecins généralistes de plus de 60 ans, les hommes sont majoritaires à 69,9% tandis que chez les moins de 40 ans ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses à 64,1%.(6)

La durée de travail déclarée par les médecins généralistes femmes s'élève à 53 heures en moyenne par semaine, soit 10 % de moins que pour les hommes (59 heures). Les femmes effectuent en moyenne 4150 consultations et visites par an, soit 24 % de moins que leurs confrères masculins (5 440). Cette situation s'explique en partie par une durée de consultation des femmes supérieure à celle des hommes (19 minutes contre 17 pour les hommes).(9)

Évolution des pratiques

La féminisation de la profession a entraîné une prise de conscience de la part des confrères masculins : ceux-ci ne travailleront plus dans les mêmes conditions que les générations précédentes et rejettent en bloc l'idée d'une disponibilité permanente.(10)

Chez les médecins, hommes et femmes, de 30 à 35 ans, le dévouement total est de moins en moins valorisé dans le discours. On constate une volonté de réduction, ou du moins d'un aménagement, du temps de travail et des contraintes professionnelles. La priorité est donnée à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Il s'agirait donc plutôt d'un effet générationnel que d'un effet de genre.(11)

Le salariat semble également correspondre aux attentes des jeunes générations de médecins. En 2018, 47,1% des médecins actifs réguliers ont un exercice salarié soit 9,7% de plus qu'en 2010. Cette augmentation s'est faite au détriment de l'activité libérale et de l'activité mixte qui ont respectivement perdu 10,9% et 9,3% sur la période 2010/2018. Les libéraux représentent 42,6% des médecins en activité régulière.(6)

Mode Exercice	Effectifs 2018	Pourcentage	Variation n-1 (2017)	Variation n-8(2010)
Libéral	83 899	42,57%	-1,00%	-10,87%
Mixte	21 045	10,68%	-0,37%	-9,30%
<i>Libéral-Salarié</i>	5 652			
<i>Libéral-Hospitalier</i>	14 379			
<i>Libéral-Salarié-Hospitalier</i>	1014			
Salarié	92 890	47,13%	1,12%	9,68%
<i>Salarié</i>	28 022			
<i>Hospitalier</i>	61 864			
<i>Salarié-Hospitalier</i>	3 004			

TABLEAU 1 : REPARTITION DES MEDECINS EN ACTIVITE SELON LES MODES D'EXERCICE

Les primo-inscrits plébiscitent le salariat, puisque 83% d'entre eux font ce choix et 16% le choix du libéral, on note cependant une légère inflexion : en 2010, 88% des primo-inscrits faisaient le choix du salariat, et 11% celui du libéral.

Le constat est le même chez les généralistes : ils étaient 33% à faire le choix d'un exercice salarié en 2010, contre 37% en 2018.(8)

Diminution du temps médical effectif

Le temps de travail administratif du médecin augmente, par voie de conséquence le temps dédié purement aux soins diminue.

Comme l'écrit le Professeur François-Bernard Michel : « *l'agenda quotidien du médecin n'a plus rien de commun aujourd'hui avec ce qu'il était voilà une vingtaine d'années. Au temps médical de soins, d'enseignement et de recherche, s'est superposé un temps de tâches administratives, obligatoire et prégnant, et qui obère de plus en plus ses journées au détriment du temps consacré aux malades* ». (12)

Nous voyons donc que, face à une demande de soins croissante, il convient d'adapter l'offre de soins, et la télémédecine apparaît comme l'un des moyens de relever ce défi.

3. La télémédecine : définitions et cadre légal

C'est l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui, en 1997, définit pour la première fois la télémédecine comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, compte-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* ». (13)

En 2004, l'article 32 de la Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie pose le cadre juridique de la télémédecine en indiquant que « *la télémédecine permet, entre autres,*

d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical ».(14)

Puis en 2009, l'article 78 de la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) modifie le code de la santé publique afin d'y intégrer la définition de la télémédecine :« *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients».*(15)

Enfin le décret du 19 octobre 2010 précise que « *relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ».*(16)

Il précise les 5 actes qui constituent la télémédecine, à savoir :

La téléconsultation

« *Qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ».* (16)

La téléexpertise

« Qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ». (16)

La télésurveillance médicale

« Qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance 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 automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ». (16)

La téléassistance médicale

« Qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ». (16)

La régulation médicale

La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

4. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les motivations et les freins au développement de la télémédecine en médecine générale.

L'objectif secondaire est de proposer des solutions pour lutter contre les problèmes de démographie médicale et de faciliter le développement de la télémédecine

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés, réalisés en face à face, auprès de médecins généralistes des Hauts de France entre novembre 2018 et Avril 2019.

2. Choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie car elle semble plus adaptée pour explorer le ressenti et les attentes des professionnels de santé par rapport à leur pratique.

Les entretiens individuels ont été préférés aux focus groups car ils permettent à l'interviewé d'exprimer plus librement ses sentiments et opinions sur le sujet traité, sans subir la pression du groupe ou l'effet d'un « leader » sur ses réponses.

3. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Être un médecin généraliste libéral : installé ou remplaçant
- Exercer dans la région Hauts de France

Les médecins généralistes ont été recrutés en variation maximale dans le but de recueillir des réponses aussi diverses que possible.

Les variables retenues étaient :

- L'âge
- Le sexe
- Le nombre d'années d'installation
- Le lieu d'exercice : urbain, semi-rural, rural
- La pratique de la télémédecine

Les médecins recrutés étaient tous des connaissances de l'investigateur, soit personnelles soit professionnelles.

Pour obtenir leur participation, les médecins ont été contactés par téléphone, sans leur préciser le sujet de l'étude afin de préserver la spontanéité de leurs réponses.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien individuel (Annexe 1) a été rédigé au préalable, composé de 5 questions. Ces questions étaient volontairement ouvertes pour ne pas influencer leurs réponses. Le but était de leur faire préciser leur ressenti à propos de la démographie médicale, leurs propositions d'améliorations ainsi que leurs attentes au sujet de la télémédecine.

Ce questionnaire a été amélioré au fil des entretiens afin d'approfondir les réponses des médecins sur le sujet.

5. Éthique

Le guide d'entretien ainsi que le déroulement de l'étude ont été validés par la CRDMM de la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille. (Annexe 2)

Les médecins interrogés ont été prévenus de l'enregistrement des interviews, puis de l'anonymisation des données et de la destruction des enregistrements. Ils étaient informés de la possibilité de rectification ou de suppression des données. Le consentement de chaque médecin a été recueilli pour les entretiens.

6. Recueil des données

Les entretiens individuels ont été réalisés en face à face, de Novembre 2018 à Avril 2019. Ils ont eu lieu au cabinet des médecins installés, et à leur domicile en ce qui concerne les remplaçants.

Ils ont été arrêtés après l'obtention de la saturation des données, c'est à dire que lorsque la réalisation d'un nouvel entretien n'apportait pas de nouvelles informations.

Les entretiens ont été doublement enregistrés pour éviter les problèmes techniques et la perte d'information.

Ces entretiens ont été détruits après l'analyse des données.

7. Analyse des données

Les entretiens enregistrés ont été retranscrits sous forme de « verbatims » grâce au logiciel Microsoft Word.

Pour garantir l'anonymat des médecins leurs noms ont été remplacés par la lettre « M », pour médecin, suivie d'un nombre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

Puis ces « verbatims » ont été encodés via le logiciel Nvivo en différents nœuds.

Le codage d'une partie des entretiens a été effectué en triangulation avec un autre chercheur. Les nœuds discordants ont fait l'objet d'un consensus.

L'analyse s'est faite selon le principe de « l'analyse thématique ».(17)

Ces nœuds ont pu être regroupés par thème et hiérarchisés afin de synthétiser les résultats.

RESULTATS

1. Caractéristiques des participants

	AGE	REPLACANT Ou ANNEE D'INSTALLATION	SEXE	TYPE DE CABINET	LIEU D'EXERCICE	PRATIQUE DE LA TELEMECINE
M1	29	Remplaçant	Femme	-	Urbain	Non
M2	30	Remplaçant	Homme	-	Semi rural	Non
M3	35	2014	Homme	Groupe	Semi rural	Non
M4	30	Remplaçant	Homme	-	Rural	Non
M5	30	Remplaçant	Homme	-	Semi rural	Non
M6	63	1983	Femme	Groupe	Rural	Téléconsultation : projet régional
M7	56	1989	Homme	Groupe	Urbain	Téléconsultation
M8	35	2017	Homme	Groupe	Urbain	Non
M9	61	1987	Homme	Groupe	Urbain	Non
M10	64	1983	Femme	Seul	Urbain	Téléexpertise dermatologique
M11	54	1994	Homme	Groupe	Semi rural	Non
M12	61	1983	Femme	Seul	Urbain	Non
M13	55	1992	Homme	Groupe	Rural	Téléconsultation : projet régional Téléexpertise dermatologique

Treize entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données.

Les entretiens ont duré entre 11 et 33 minutes avec une durée moyenne de 21 minutes et 36 secondes.

Les participants avaient entre 29 et 64 ans, avec une moyenne d'âge à 46,8 ans. Il y avait 9 installés et 4 remplaçants. Parmi les médecins interrogés, 9 étaient des hommes et 4 des femmes. Chez les médecins installés, 7 travaillaient en cabinet de groupe contre 2 seuls. Sur les 13 participants, 6 exerçaient en milieu urbain, 4 en milieu semi rural, et 3 en milieu rural. Pour les remplaçants ce type d'exercice était défini en fonction de l'endroit où ils remplaçaient le plus souvent.

Parmi les 13 médecins, 4 pratiquaient la télémédecine :

- 1 médecin pratiquait à la fois la téléconsultation et la téléexpertise en dermatologie
- 2 médecins réalisaient des téléconsultations
- 1 médecin pratiquait uniquement la téléexpertise en dermatologie.

2. Demande et offre de soins

A/ Demande de soins

Augmentation et vieillissement de la population

Les médecins ressentent les modifications de la démographie française.

M13. « La population vieillit, la démographie explose absolument partout. »

Augmentation de l'espérance de vie

L'espérance de vie progresse et les soins sont concentrés en fin de vie.

M9. « Ce qui n'a pas été évalué non plus c'est l'augmentation de l'espérance de vie. La plupart des soins sont concentrés en fin de vie et maintenant on a des chiffres très précis : 50 % des dépenses de santé pour un individu sont dans les derniers mois de sa vie. »

Augmentation de la consommation d'actes médicaux

Les médecins soulignent une sollicitation plus importante de la part des patients.

M12. « Les gens consultent plus aussi. Je sais qu'au début quand je me suis installé, on ne venait pas nous voir pour des rhumes etc. Il y a aussi de plus en plus d'information médicale, ils sont de plus en plus en demande. »

Augmentation de la demande de soins

Il résulte de l'ensemble de ces phénomènes un besoin médical plus important.

M6. « Le nombre, le vieillissement, l'évolution des connaissances médicales qui font qu'on a de plus en plus de choses à soigner ; l'augmentation des actions de prévention qui demandent de plus en plus de temps médical, et des habitudes de consommation qui ont complètement évolué. »

B/ Offre de soins

Diminution du nombre de médecins

Les médecins installés constatent ce phénomène depuis quelques années déjà.

M11. « Il est évident qu'on sait déjà depuis des années qu'on est face à une chute du nombre de médecins. »

Manque de médecins

Ce manque de médecins se fait également ressentir chez les remplaçants.

M5. « Actuellement c'est catastrophique partout, tu vas dans n'importe quelle ville moyenne on te dit installe-toi ici, installe-toi là, on est en manque de médecins.

Population médicale vieillissante

La médecine générale rencontre un papy-boom.

M2. « L'âge des médecins, c'est plutôt une population vieillissante. »

Départs en retraite importants

Ces médecins, nombreux, arrivent progressivement à l'âge du départ en retraite.

M7. « Je ne suis pas un spécialiste de la démographie médicale, mais il y a eu le fameux boom des médecins des années 80, et c'est ceux-là qui commencent à partir en retraite ».

Manque prévisible

Les médecins soulignent que cette diminution était prévisible, mais qu'aucune mesure n'a été prise pour y remédier.

M11. « Nos gouvernants n'ont rien anticipé. On savait depuis des années qu'il y allait avoir un départ massif en retraite d'une certaine génération qui ne pourrait pas être remplacée. »

Non renouvellement des générations

Il n'y a pas assez de nouveaux médecins formés pour combler les départs en retraite.

M6. « On a le problème que la dernière génération formée en grand nombre est en train de partir à la retraite ; donc il va y avoir un gros creux et le renouvellement ne se fera pas. »

Densité médicale qui diminue

Vue l'augmentation de la population et la diminution du nombre de médecins, la densité médicale diminue de manière logique.

M10. « Du coup on a une densité médicale par habitant qui commence à baisser sérieusement. »

Mauvaise répartition sur le territoire

Certains médecins pointent plutôt la répartition inégale sur le territoire

M7. « Et je dirais que c'est ça qui pose problème : pour moi ce n'est pas tellement le nombre en soit, c'est plutôt la répartition qui n'est pas du tout homogène. »

Avec une préférence pour les villes et les régions ensoleillées

M5. « Je pense que la répartition des médecins, elle se concentre beaucoup autour des grandes villes. »

M9. « Il est évident qu'il y a un problème de répartition, mais ça c'est humain. Les médecins, comme les autres professionnels, préfèrent aller travailler dans des régions où il fait beau, où il y a du soleil, où la vie est plus agréable, c'est tout à fait légitime. »

Modification des pratiques

Les médecins constatent que les jeunes générations souhaitent travailler moins que leurs aînés

M9. « Autrefois on travaillait beaucoup plus que maintenant. Nous on l'a vu très nettement avec l'arrivée des 35 heures, nos remplaçants ne voulaient plus travailler le samedi, ils voulaient terminer à 19h. Alors qu'avant les 35 heures il n'y avait pas ça. Mais c'est normal c'est la vie en société qui change, et les médecins ne sont pas exclus du mode de vie général »

Les jeunes se détournent de la médecine libérale au profit du salariat

M7. « Et à côté de ça j'ai le sentiment aujourd'hui quand même que dans la nouvelle génération il y a une sorte de retrait par rapport à la médecine libérale. »

M9. « Autrefois quand j'avais votre âge, nous on voulait être indépendants, on ne voulait pas être salariés. Alors qu'aujourd'hui les jeunes souhaiteraient être salariés. »

L'exercice isolé de la médecine est délaissé

M13. « L'exercice en isolement plus personne n'en veut donc il faut des regroupements. »

Certains préfèrent prolonger les remplacements plutôt que de s'installer

M10. « L'impression qu'on a c'est que les jeunes ne veulent pas s'installer, ou en tout cas le plus tard possible. »

Féminisation de la profession

Les femmes sont de plus en plus nombreuses au sein de la population médicale

M9. « Il y a eu un autre phénomène aussi, mais qui était tout à fait prévisible, c'est la féminisation de la profession. Tout naturellement les femmes souhaitent avoir des enfants, et c'est tout à fait légitime qu'elles puissent bénéficier d'arrêts pendant la grossesse, et c'est légitime qu'elles puissent s'occuper de leurs enfants. »

Cette féminisation participe également à la modification des pratiques

M7. « Encore une fois, sans jeter des étiquettes, il y a eu une féminisation importante dans les facs. Et quand tu discutes avec des jeunes médecins femmes, elles ne sont pas forcément attirées par un exercice libéral. Elles se tournent plus volontiers vers des postes salariés, hospitaliers, ce que je comprends tout à fait. »

C/ Causes

Numerus clausus

L'instauration du numerus clausus est la cause principale du manque de médecins.

M4. « Effectivement il y a sans doute une part du problème qui vient du fait qu'on a trop restreint le nombre de médecins via le numerus clausus. Alors qu'on savait qu'il y allait avoir un papy-boom, ce n'était pas très compliqué à prévoir ! »

M9. « Ça n'a pas du tout été évalué parce que certains économistes de la santé disaient qu'il suffisait de réduire le nombre de médecins pour supprimer le déficit de la sécurité sociale. »

Campagne peu attractive

C'est le manque de services qui fait que les médecins s'installent moins en campagne.

M4. « Ce n'est pas attractif parce que c'est une zone où il n'y a pas de services, pas d'école, pas d'hôpital de proximité. Ce n'est pas évident tous les matins de faire 20 minutes de route pour emmener tes enfants à l'école. Et même quand tu n'as pas de famille, quand tu veux t'installer, tu y penses pour après. À la télé et dans les journaux on parle beaucoup de déserts médicaux, pour moi c'est presque un abus de langage, les déserts médicaux c'est des déserts tout court ! »

Préférence pour la ville

La plupart des médecins privilégient le mode de vie citadin.

M1. « Je pense que c'est surtout le mode de vie. Même si tu ne veux pas sortir beaucoup, tu préfères quand même être en ville, avoir des magasins, avoir tout à disposition. En tout cas pour moi c'est plus simple que d'être à une heure de route en pleine campagne. »

Travail pour le conjoint

Lors de son installation, le médecin doit aussi s'assurer que son conjoint puisse trouver un emploi dans la région.

M6. « Parce qu'il y a aussi cette problématique : si aujourd'hui on cherche de jeunes installés, il faut du travail pour le conjoint ; ce sont des couples qui travaillent. »

Besoin de mobilité

Pour la même raison, les jeunes préfèrent avoir la possibilité d'être mobiles en cas de besoin.

M6. « J'ai également l'impression que la plupart des jeunes veulent beaucoup de mobilité. Parce que si l'autre a un emploi, mais qu'on lui demande de traverser la France pour sa carrière, il ne va peut-être pas se priver de tout sous prétexte que la zone est déficitaire. »

Peur de l'installation

L'installation représente parfois une étape compliquée à franchir.

M2. « Tu te dis du jour au lendemain tu as quand même un paquet de papiers à faire, un paquet de normes à respecter. Tout ce qui est informatique, les logiciels médicaux, enfin bref, je pense qu'il y a vraiment beaucoup de trucs et c'est vrai que si on est tout seul dans son coin c'est un petit peu compliqué. »

Remplaçants privilégiés

Demande de remplacements importante

Les remplaçants n'ont pas de problème à trouver du travail.

M4. « En tant que remplaçant en tout cas je n'ai pas de mal à trouver des remplacements. C'est que quelque part il doit y avoir une forte demande. »

M7. « Aujourd'hui on est plus à te demander tes dates, parce qu'on pleure pour avoir des remplaçants. L'offre et la demande sont inégales : vous n'avez pas de problème à trouver des remplacements. »

Rémunération avantageuse

Les médecins installés jugent que la rétrocession d'honoraires est avantageuse pour les remplaçants, ce qui ne les incite pas à s'installer.

M7. « Clairement aujourd'hui j'ai vraiment le sentiment que vous n'avez aucun intérêt à vous installer. (...) Quand on voit 75%, 80% de rétrocession, parfois plus sur des périodes courtes ; je veux dire... vous n'avez pas les charges du cabinet plus tout ce que ça incombe, donc vraiment l'équation n'est pas égale. Du coup ça n'incite pas les jeunes à s'installer, et on voit des remplaçants un peu professionnels, qui finalement ne font que ça. Et ça c'est des places en moins de médecins installés.

D/ Conséquences

Inadéquation entre offre et demande de soins

Les médecins constatent qu'un déséquilibre se crée entre une demande de soins qui augmente et une offre de soins qui diminue

M6. « Il y a visiblement beaucoup de zones en souffrance. Je suis également syndiquée, donc je le vois bien dans les échanges, et je n'ai pas l'impression que ce soit formidable dans un coin ou dans un autre. On voit même que dans Paris, on commence à donner des aides à l'installation à des généralistes. Donc la démographie doit être largement insuffisante par rapport à l'évolution de la population, et à l'évolution de la consommation médicale par la population. »

Surcharge de travail

Cela se traduit par une surcharge de travail pour la plupart des médecins

M1. « C'est vrai que les médecins sont quand même pas mal surchargés, mais après ça fait partie du job. »

Afflux de nouveaux patients

Avec les nombreux départs en retraite, les médecins restants doivent faire face à un afflux de nouveaux patients

M8. « Rien que dans le coin, il y a 2 médecins qui partent en retraite sans être repris. Donc forcément il y a un afflux de patients qu'il faut gérer et ce n'est pas toujours évident. »

Refus de nouveaux patients

Certains sont même contraints de refuser de prendre ces patients en tant que médecin traitant, par manque de temps

M10. « Là par exemple on a 2 médecins qui viennent de prendre leur retraite, là, en même temps... les patients ne trouvent pas de médecin. Ils font 10 appels 15 appels, personne ne veut les prendre comme nouveaux patients parce qu'après on est censés s'en occuper à 100 %. »

Délais de consultation qui augmentent

Pour d'autres la surcharge de travail se traduit par des délais de consultation qui augmentent

M8. « On est obligés de retarder certaines consultations, certaines visites. »

Retard de diagnostics

De manière logique, avec des délais de consultation qui augmentent, on aboutit à des retards de diagnostics, ce qui complique encore la prise en charge.

M9. « Ce n'est pas intéressant de travailler dans l'urgence. En plus il y a des retards de diagnostics qui font que les prises en charge sont beaucoup plus lourdes. »

E/ Solutions

Augmenter le numerus clausus

Pour les médecins interrogés, la première solution est naturellement d'augmenter le numerus clausus, mais cela ne règlera pas forcément tous les problèmes.

M9. « Donc ça c'est la première chose à faire : c'est d'augmenter très largement le numerus clausus mais l'effet ne sera pas immédiat. »

M4. « L'augmentation du numerus clausus ça peut être une partie de la solution, mécaniquement il y aura un peu plus de médecins partout, mais pour moi il y aura des territoires où ce sera toujours le même problème. »

Ils sont bien conscients qu'au vu de la durée des études médicales, il existe un délai de latence entre la prise de décision et son effet sur le terrain.

M13. « Ça c'est les décisions prises aujourd'hui, on en reparle dans 15 ans. Il y a un délai de latence qu'on connaît, lié à nos études. Donc en attendant il faut gérer, proposer des solutions innovantes. »

Former plus de médecins généralistes

Selon eux, il faut d'avantage diriger les étudiants vers la médecine générale.

M13. « Former plus de médecins, les renvoyer vers la médecine générale, ça déjà c'est la base. Peut-être qu'à l'heure actuelle ils forment trop de spécialistes. Même si les spécialités sont déficitaires, elles ne le sont pas toutes et il faut renvoyer vers la médecine générale. »

Incitations financières

Certains médecins pensent que les incitations financières sont un bon moyen d'attirer les jeunes dans des zones moins denses. Ils citent notamment :

Le financement des études médicales

Ce contrat se ferait en contrepartie d'une installation dans une zone sous dotée pendant quelques années.

M7. « Par exemple le financement des études médicales qui va s'accompagner en contrepartie d'une installation dans une zone défavorisée pendant quelques années. C'est pas mal parce qu'on ne prend pas les gens au dépourvu, on ne les oblige pas, c'est un contrat. Donc c'est toi qui le choisis dès le départ. »

Les aides à l'installation

Certains suggèrent des aides au moment de l'installation.

M8. « Après dans les déserts médicaux je trouve qu'une aide financière à l'installation c'est une bonne chose aussi. »

Les subventions

D'autres pensent qu'il serait nécessaire de prolonger ces prestations sur toute la durée de l'exercice.

M1. « Donc pour remédier à ça, franchement, à part donner des subventions, je ne vois pas comment on va faire changer les choses. »

La revalorisation de la rémunération

Selon eux, une augmentation des tarifs de consultation serait également un moyen de rendre la médecine libérale plus attractive.

M8. « Après pour motiver les médecins à entrer en exercice libéral, je pense qu'une augmentation de la rémunération ça serait assez logique quand même. »

Création de maisons médicales

La plupart des médecins évoquent les maisons médicales comme une solution pour attirer les jeunes médecins à s'installer

M11. « Dans l'avenir ça aurait été d'inciter plus les jeunes médecins à s'installer dans ces régions en y créant peut-être des maisons médicales, en favorisant les regroupements médicaux pour que les jeunes médecins puissent travailler dans de meilleures conditions. »

Avantages

Les médecins soulignent les bénéfices qu'apportent un exercice dans une telle structure

M7. « Mettre aux normes un cabinet médical quand tu es tout seul c'est hyper lourd. Une maison médicale aujourd'hui elle va être construite aux normes, donc déjà ça incite les médecins à se regrouper. De surcroît la charge administrative qui va en s'intensifiant justifie un secrétariat, une informatisation ; et tous ces couts-là sont optimisés quand tu es en groupe. Voilà : qualité, confort, optimisation... moi demain si je devais m'installer, je m'installerais dans une maison médicale.

Intérêt du travail en équipe

Certains médecins apprécient de pouvoir échanger avec des confrères ou des professionnels paramédicaux.

M5. « Il y en a d'autres qui sont plus intéressés par un travail d'équipe et dans ce cas-là la maison médicale peut répondre à leurs attentes. »

M4. « C'est un atout, surtout s'il y a d'autres professionnels paramédicaux. »

Salariat

Le salariat semble être un mode d'activité qui séduit les jeunes médecins

M4. « Je sais qu'il y a des médecins qui cherchent des situations plus confortables, et peut-être que le salariat est une solution. »

Développement de nouveaux modes de pratique

Développer des modes de pratique qui ne relèvent pas de l'installation

Les jeunes ayant un désir de mobilité, l'installation est vue comme une contrainte.

M6. « J'ai également l'impression que la plupart des jeunes veulent beaucoup de mobilité (...). Donc je pense qu'il faut développer des modes de pratique qui ne relèvent pas forcément de l'installation. »

Mutualiser les cabinets

Les médecins ne seraient pas rattachés à un unique lieu d'exercice.

M13. « Moi je suis en train de travailler sur un système de mutualisation de cabinets médicaux. Donc j'essaye de mettre au point un système où notre maison de santé prendrait en charge plusieurs cabinets dans un rayon de 15 20 km ; et les médecins iraient y travailler sans être attachés purement à un lieu d'exercice. »

Créer un statut de médecin ambulant

Ces médecins ne feraient que des visites, mais seraient mieux rémunérés.

M10. « Je ne sais pas moi, ça doit pouvoir exister des médecins ambulants, que ça amuse de faire ça, qui ne feraient que des tournées. Mais il faut qu'ils soient payés en conséquence aussi. »

Assistants médicaux

La plupart des médecins signalent une surcharge administrative, et pensent que l'on pourrait confier ces tâches à des assistants médicaux, pour se recentrer sur les soins.

M9. « Je pense qu'il faut recentrer les médecins sur leurs activités de soins. On passe énormément de temps pour des démarches administratives qui peuvent être confiées à d'autres professionnels, un peu comme ce qu'ils proposent avec les assistants médicaux. »

Limiter la durée des remplacements

Certains médecins évoquent de limiter la durée pendant laquelle les jeunes médecins peuvent remplacer

M10. « Bah la solution, c'est d'empêcher les remplaçants de remplacer trop longtemps parce qu'il faut quand même qu'à un moment ils s'installent. »

Contraindre les installations

Système de répartition

Pour améliorer la répartition des médecins sur le territoire, un médecin évoque la possibilité de s'inspirer du système qui existe pour les pharmacies.

M5. « Pour la répartition il y a un système qui marche bien pour les pharmacies, c'est d'imposer un certain nombre de pharmacies par nombre d'habitants. Alors ça c'est très coercitif, et nous les médecins libéraux on n'aime pas ça, je ne suis pas forcément pour,

mais ça peut être un moyen. Il faudrait un entre deux entre liberté totale et nous imposer le lieu où on doit s'installer. »

Attachement à la liberté d'installation

Pour la plupart des médecins, la liberté d'installation est un des fondements de la médecine générale.

M8. « La contrainte non ! Moi je tiens quand même à la liberté d'installation. On fait quand même beaucoup d'années d'études, notamment pour avoir ce confort-là en libéral, donc je ne pense pas que la contrainte soit une solution. »

M11. « Il n'est pas question de les envoyer là-bas au casse-pipe à faire 15h par jour alors que l'état a déserté. Il n'y a plus d'école, plus de poste, plus de gendarmerie et puis le jeune médecin il faudrait qu'il aille s'enraciner dans des campagnes où il serait dispo H24. Non ça ce n'est pas bien raisonnable ! »

Effet contraire au but recherché

Ils pensent que mettre en place ce type de contraintes pourrait détourner les jeunes de la médecine générale.

M1. « S'ils mettent des contraintes ce sera pire que mieux, tout le monde va boycotter la médecine générale. »

Écourter les consultations

Diminuer la durée de certaines consultations pourrait permettre de voir plus de patients sur une journée et ainsi de mieux répondre à la demande de soins.

M8. « Un des moyens ça pourrait être d'écourter les consultations. Là c'est un quart d'heure, pourquoi pas passer à 10 minutes ; même si 10 minutes ça paraît quand même court. Ou

alors prévoir 10 minutes pour les renouvellements. Sélectionner les consultations qu'on juge un peu plus rapides pour gagner du temps et un peu d'amplitude pour d'autres consultations éventuelles. »

Développer des initiatives locales

Études de marché

Il convient d'abord d'évaluer réellement le besoin en soin.

M6. « Après il y a une autre question à se poser c'est que les zones déclarées déficitaires ne sont pas forcément rentables en termes de soins. On ne fait pas d'études de marché, et ça on devrait peut-être en faire. »

Projets régionaux

Certains médecins tentent de développer des initiatives locales.

M6. « Essayer de faire des projets régionaux, mais en même temps c'est d'une lenteur. Il faut trouver les gens disponibles, il faut trouver l'énergie, il faut trouver l'argent, il faut les autorisations administratives. Et donc un truc qu'une entreprise privée pourrait mettre en place en 2 temps 3 mouvements, nous ça va prendre 2 ans pour monter un projet. »

Rôle des politiques

Mais ils rappellent que ce n'est pas leur rôle mais celui des pouvoirs publics.

M6. « Et puis pour les zones qui sont moins peuplées, je dirais que c'est aux politiques d'avoir des idées et pas forcément aux soignants. »

3. La télémédecine

A/ État des lieux

Manque d'information

Les médecins reconnaissent ne pas être très au courant de l'actualité en télémédecine.

M2. « Je pense que tout le monde n'est pas très au clair sur ce qui va se passer, comment ça va se mettre en place. »

Manque d'expérience

Ils n'en ont, pour la plupart, jamais pratiqué.

M1. « En fait je ne sais pas comment ça marche tous ces trucs de télémédecine, je n'ai jamais expérimenté. »

Manque de recul

Certains préfèrent attendre de voir comment cela fonctionne avant de se lancer.

M3. « Là c'est nouveau donc il faut qu'il y ait un peu de recul, que ça se teste, alors c'est peut-être déjà fait je n'ai pas lu les avis. »

M6. « Pour moi ce n'est pas encore évalué, ce n'est pas fiable. Comme pour tout en médecine, des preuves d'abord. »

B/ Conditions nécessaires

Les médecins précisent les conditions préalables nécessaires pour qu'ils pratiquent la télémédecine

Cadre légal

Ils souhaitent que cette pratique soit bien encadrée par la loi.

M3. « Il faut vraiment que légalement, il faut qu'on puisse définir un cadre en expliquant quel type de consultations, quel type de patients peuvent se rendre à une consultation de télémédecine et quel est le champ d'action possible. »

Formation

Ils ressentent le besoin d'une formation préalable.

M11. « Il faut qu'il y ait un enseignement de la téléconsultation pour savoir exactement comment on fait, comment ça se passe, quel matériel il faut utiliser, qu'est-ce qu'on va pouvoir télétransmettre. »

Matériel

Cahier des charges

Les médecins souhaitent que le matériel nécessaire soit précisé de manière officielle.

M3. « Il faudrait qu'il y ait une sorte de cahier des charges avec un matériel minimum à avoir dans chaque salle de téléconsultation. »

Matériel standardisé

Ils préfèrent un système unique et identique partout.

M8. « Je pense aussi qu'il faudrait un matériel standardisé, ou du moins similaire, chez tous les médecins généralistes pour que tout soit comparable. »

Matériel simple et peu coûteux

Pour eux, il est nécessaire que ce matériel soit accessible en termes de coût et d'utilisation.

M4. « Il faudrait trouver un dispositif que les gens puissent avoir chez eux, pas trop cher. »

M6. « *Donc pour le moment il faut créer un produit simple à utiliser.* »

Ordinateur et smartphone.

Certains médecins privilégient l'utilisation d'un matériel déjà existant.

M3. « *Après question matériel, le médecin en lui-même il est devant son ordinateur c'est tout. Il a une caméra et point barre, donc je pense que maintenant tous les ordinateurs ont ça.*

M9. « *Alors techniquement déjà rien qu'avec un téléphone portable on peut faire des diagnostics.* »

Cabines de téléconsultations et paramédicaux

D'autres imaginent l'implantation de cabines de téléconsultations sur le territoire, et ne se voient pas pratiquer sans l'aide d'un paramédical aux côtés du patient.

M6. « *Ensuite dans les zones très désertifiées, si on met une infirmière avec une télécabine quelque part, ou un pharmacien avec une télécabine pourquoi pas.* »

M13. « *Pour moi elle ne peut pas se développer sans que les paramédicaux soient présents de l'autre côté, c'est une donnée essentielle. Moi je ne participerai pas un projet de télémédecine si je n'ai pas quelqu'un de l'autre côté avec le patient.* »

Connexion sécurisée

L'accès aux services de télémédecine doit être sécurisé, pour diminuer le risque de piratage informatique.

M5. « *Il faut des connexions sécurisées, parce que pour le moment le transfert d'informations je ne sais pas comment ça se passe, mais pour garantir une sécurisation des données et diminuer le risque de piratage.* »

Secret médical

Les médecins rappellent qu'il est important de garantir le secret médical

M4. « Il faut aussi que le secret médical soit préservé. Si c'est organisé par des assurances, le secret médical tu peux t'asseoir dessus. Il faut que ce soit indépendant d'un organisme privé. »

Rémunération

Les médecins souhaitent que la rémunération soit au minimum identique aux actes classiques.

M5. « La rémunération, il faut au minimum que tu gagnes la même chose qu'une consultation. »

Ils estiment que l'investissement dans le matériel doit être pris en charge par l'assurance maladie.

M11. « Il faut qu'il y ait une majoration ou une partie de l'investissement qui soit pris en charge par la caisse comme ce qu'on a eu au moment de l'informatisation des cabinets. »

C/ Intérêts

Pour le patient

Faciliter l'accès aux soins

La télémédecine peut permettre d'offrir un contact médical pour les patients dans les zones sous dotées.

M4. « Ça peut faciliter l'accès aux soins des personnes isolées. »

Offrir plus de disponibilités de consultations

Certains organismes proposent à leur clients une possibilité de téléconsulter 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

M3. « Il y a moins d'attente, peut-être plus de possibilités de rendez-vous rapides, et aussi à n'importe quelle heure. Parce qu'ils parlent de faire des téléconsultations 24 heures sur 24. Donc pour le patient je pense qu'il y a un grand intérêt. »

Gagner du temps

La télémédecine peut permettre de soigner les patients plus rapidement.

M9. « Un diagnostic plus rapide, un traitement plus rapide, une guérison plus rapide. »

Éviter les déplacements inutiles

La télémédecine permet au patient de ne pas se déplacer si ce n'est pas nécessaire. Elle peut permettre également de ne pas mobiliser des patients fragiles

M7. « Globalement les patients sont satisfaits d'éviter le déplacement, ça va plus vite. »

Gagner en confort

Les patients peuvent téléconsulter depuis chez eux ou sur leur lieu de travail.

M3. « Pour lui l'avantage c'est qu'il peut être chez lui, c'est du confort. »

M7. « Il y a des jeunes qui m'ont dit, mon employeur préfère que je m'isole dans une pièce où je peux réaliser ma téléconsultation pendant un quart d'heure plutôt que de me donner la matinée pour aller chez le médecin. »

Pour le médecin

Les médecins pensent que la télémédecine pourrait être efficace dans un certain nombre d'indications :

M4. « Pour le renouvellement pourquoi pas, s'il n'y a rien de particulier. »

M8. « Tout ce qui est conseil, diététique, prévention ça peut se faire. »

M3. « Tout ce qui est de l'ordre verbal, des problèmes psychologiques, le surmenage, la dépression... ces choses-là pourquoi pas. »

M1. « Pour tout ce qui est viral, les certificats, les arrêts de travail... »

M2. « Le suivi, les résultats de prise de sang, les résultats d'examens qu'on a prescrits on n'a pas forcément nécessité de revoir les gens. »

La télémédecine pourrait leur permettre de :

Gagner du temps

Pour le médecin, la télémédecine offre la possibilité de réaliser des consultations plus rapides dans certains cas.

M2. « Pour le médecin ça serait par exemple de gagner du temps pour tous les résultats d'examens, pour les trucs qui peuvent être gérés sans forcément voir les gens. »

M9. « La télémédecine doit permettre aussi d'améliorer l'efficacité, et entre guillemets de rentabiliser le temps médical. »

Réduire le nombre de visites

Certaines visites peuvent être remplacées par des téléconsultations.

M2. « Pour un médecin qui a des patients dans 4 ou 5 EHPAD différents, ça lui éviterait quand même de se déplacer à chaque fois. »

M9. « Permettre que le temps du médecin soit consacré à la réflexion ; et pas en temps de transport. »

Mutualiser les cabinets médicaux

Les médecins n'ont pas forcément besoin d'être au cabinet pour téléconsulter.

M6. « Moi ça me permet éventuellement de travailler dans des créneaux horaires où je n'ai pas forcément le cabinet à disposition puisque pour optimiser financièrement on a une rotation à 5 médecins sur 3 cabinets. J'ai mon ordinateur, j'ai accès aux dossiers des patients, ça ne pose aucun problème, je n'ai pas besoin d'avoir le cabinet avec tout le nécessaire autour.

Diminuer le nombre d'actes gratuits

La télémédecine est une réponse aux demandes d'ordonnances et conseils par téléphone.

M7. « Après c'est aussi une façon pour le médecin d'échapper aux gens qui demandent des ordonnances par téléphone ou par mail. On le faisait déjà un peu mais aujourd'hui ça rentre dans un cadre légal. Aujourd'hui c'est aussi une réponse à ces demandes qui allaient en grandissant, et ce n'est plus des actes gratuits. »

Faciliter l'obtention d'avis de spécialistes

Par l'intermédiaire de la téléexpertise, l'échange est facilité entre généralistes et spécialistes.

M5. « Le gros point positif c'est effectivement la téléexpertise, quand tu demandes l'avis d'un spécialiste en présence du patient. »

M7. « La fameuse télé expertise, ça peut être un outil fabuleux pour le médecin généraliste. Moi je serais très satisfait d'avoir un outil à ma disposition, de téléconsultation, mais qui se ferait entre médecins.

Pour le système de santé

Améliorer la qualité des soins

La télémédecine, avec tout ce qu'elle offre, permet d'être plus efficient dans la prise en charge des patients.

M6. « Ça peut être aussi beaucoup plus performant : on va avoir la télésurveillance, la téléexpertise, la téléconsultation ; donc ça permet d'avoir une prise en charge médicale beaucoup plus performante. »

Assurer le maintien des pharmacies dans certaines zones

Elle peut permettre de maintenir un maillage territorial des officines.

M6. « Je me dis aussi que les cabines de téléconsultation ça peut peut-être renforcer le maintien de pharmaciens dans certaines zones. »

S'adapter à l'évolution de la société

Dans un monde à l'ère du numérique, la télémédecine est un moyen pour la santé d'évoluer avec son époque.

M3. « Je pense que la société actuelle fait qu'on a de moins en moins de temps, c'est des moyens modernes, il faut vivre avec son temps.

Favoriser l'écologie

La télémédecine est vertueuse pour l'environnement.

M9. « Sur le plan écologique, avec le problème du réchauffement climatique qui va devenir dramatique, le fait d'aller au-devant des patients, de réduire les distances, c'est très intéressant. »

D/ Limites

Techniques

Aptitude des médecins avec l'informatique

Certains médecins ne sont pas encore informatisés, d'autres ne maîtrisent pas bien l'outil informatique.

M13. « Les médecins sont des gens qui restent beaucoup sur leurs arrières. Ils ont déjà du mal avec l'informatique, si tu leur rajoutes tout de suite de la télémédecine alors qu'ils viennent juste d'être tous informatisés ça va être compliqué. »

Aptitude des patients avec l'informatique

Cela va être difficile à mettre en place chez les patients qui ne sont pas à l'aise avec l'informatique.

M2. « Tout le monde n'est pas forcément non plus hyper à l'aise avec l'informatique donc il y en a qui seraient peut-être un peu frileux à faire de la télémédecine parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec la webcam, le logiciel. »

Couverture internet

Les zones sous médicalisées présentent parfois un problème de couverture réseau également.

M6. « Après il y a également le problème de la couverture Internet, qui est en général extrêmement déficitaire dans ces zones-là. »

Perte de l'examen clinique

Les médecins jugent impossible de se passer de l'examen clinique dans certains cas.

M7. « Le principal obstacle de toute façon c'est l'examen clinique. Il y a des choses pour lesquelles on peut s'appuyer sur un simple interrogatoire, mais il y a des choses pour lesquelles on ne pourra pas, ça c'est évident. »

Perte du contact humain

Les médecins craignent une deshumanisation de la relation médecin-patient.

M6. « Le contact avec le patient, à travers un écran, c'est quand même totalement différent. Les gens se confieraient peut-être un petit peu moins, je pense. »

M4. « Moi ça ne m'attire pas honnêtement ! Dans ce qui m'a décidé à faire médecine, je pense qu'à la base c'était pour avoir un contact humain. »

Organisationnelles

Manque de temps disponible chez les médecins généralistes

Les médecins ont déjà des journées chargées et ne savent pas comment y insérer un créneau de télémedecine.

M5. « Dans ma pratique en libéral, je ne vois pas à quel moment je vais pouvoir. »

M3. « J'ai déjà des consultations qui sont bien remplies et je me dis si je dois faire de la télémedecine, quand est-ce que je vais la faire ? »

Problème de disponibilité des spécialistes pour la téléexpertise

L'agenda de certains spécialistes étant rempli parfois 6 mois à l'avance, les médecins se demandent comment vont il pouvoir se libérer pour la téléexpertise.

M5. « Mais il faut se rendre compte que quand tu veux l'avis d'un spécialiste, il faut que le spécialiste en face il soit disponible. (...) Je ne vois pas trop comment ça peut s'organiser dans une pratique libérale quotidienne. »

Problème de recrutement des patients

Les patients ne sont pas toujours prêts à consulter à distance.

M6. « On a un peu de mal à recruter les patients, il y a déjà cette difficulté-là. Il faut préparer la population à ça, elle ne va pas l'accepter instantanément. »

M5. « On est en manque de médecins ; je ne suis pas sûr qu'ils soient très heureux qu'on leur dise que la solution c'est de passer dans une cabine et de voir un médecin à distance. »

Problème d'organisation du suivi médical

Les médecins craignent de ne pas pouvoir recevoir les patients de manière physique lorsque la téléconsultation n'aura pas permis de les traiter.

M2. « Et puis il y a aussi le suivi derrière, si on donne un avis rapide par télémédecine et puis que finalement ça n'évolue pas bien, il faut quand même pouvoir assurer la consultation aussi derrière. »

Risque de nomadisme médical

Ils s'inquiètent du fait que les patients ne respectent pas le parcours de soins.

M4. « Il y a aussi du nomadisme médical, il faut faire attention à certains patients qui n'auraient pas été corrects avec leur médecin et qui se seraient entre guillemets fait virer. »

Financières

Cout du matériel

Le matériel implique un investissement financier

M11. « On ne peut pas tout financer. »

M13. « Je crois que ça vaut 15000 € le matériel qu'ils ont de l'autre côté, le plateau technique, donc ce n'est pas négligeable au niveau investissement. »

Commissions prélevées sur les téléconsultations

Certains organismes prélèvent des commissions sur les consultations réalisées.

M6. « Dans le cadre de la sécurité sociale on va avoir une somme forfaitaire versée si on pratique la télé consultation, et si on a le matériel pour. Donc ils récupèrent cette somme et en plus ils prennent un pourcentage sur chaque consultation. »

M7. « Alors aujourd'hui Doctolib ne prend pas de commission sur l'acte, mais il y a un abonnement qui est à la charge du médecin, et qui est de 79 € par mois.

Surconsommation médicale

Les médecins craignent que la télémédecine soit source d'une consommation médicale accrue chez certains patients.

M8. « Le risque ça peut être aussi qu'il y ait une surutilisation à tort »

M4. « Il y a des gens qui viennent consulter pour un oui pour un non, il ne faut pas qu'avec la télémédecine ça soit encore pire. »

Marchandisation de la santé

Ils s'inquiètent également de l'intérêt lucratif que représente la télémédecine pour certaines compagnies.

M6. « Effectivement il y a des produits de santé qui échappent totalement à la rémunération des médecins libéraux qui sont en train de se créer. Il y a une telle puissance derrière elles,

justement d'études de marché, de marketing, de publicité et autres que pour nous ça va être extrêmement compliqué de résister à cette vague qui a tant de moyens. Mais on essaie, comme les Gaulois dans leur petit village. »

M12. « Les compagnies d'assurance, il n'y a rien de pire. Qu'est-ce que c'est le moteur des compagnies d'assurance ? Ce n'est pas l'être humain, c'est l'argent ! »

Juridiques

Responsabilité médicale

La plupart des médecins ne sont pas prêts à engager leur responsabilité pour un acte réalisé à distance.

M11. « Qui va engager sa responsabilité pour de telles consultations ? »

M8. « Moi je ne serai pas prêt à engager ma responsabilité. »

Erreurs médicales

Ils pensent que la perte de l'examen clinique est source d'erreurs médicales.

M12. « Quand il te raconte un truc puis que tu l'examines, tu te dis parfois c'est pas du tout ce à quoi je m'attendais. Donc je pense que c'est source d'erreurs aussi. »

M5. « Palper un ventre à distance, je ne sais pas comment on fait. Ça permet de s'imaginer qu'il va y avoir beaucoup d'erreurs médicales

Plaintes

Ils craignent de devoir faire face à des plaintes.

M2. « Je pense que la crainte de beaucoup de médecins c'est aussi le médico-légal en ce moment. »

M6. « *Parce que je suis aussi au Conseil de l'Ordre et je vois la montée en puissance des doléances et plaintes. »*

Éthiques

Convictions des médecins

D'un point de vue idéologique, certains médecins sont opposés à la télémédecine.

M4. « *Je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui refuseraient de le faire parce que ça irait à l'encontre de leur conception de ce qu'est la médecine. »*

M5. « *De toute façon la télémédecine elle existe maintenant, elle est passée, mais moi idéologiquement je suis contre. »*

Perte d'indépendance pour les médecins

Ils ont peur de perdre progressivement leur indépendance.

M3. « *Le patient n'aura rien à payer, c'est la mutuelle qui lui offre ce service-là, donc ce sera la mutuelle qui payera le médecin, mais elle imposera ses conditions. »*

M7. « *Le médecin va se retrouver petit à petit prisonnier des mutuelles. »*

Perte de liberté pour les patients

Ils signalent également le risque pour le patient de ne plus pouvoir choisir son médecin.

M3. « *On sait bien qu'après le patient ne sera plus libre de choisir son médecin, que ce soit généraliste ou spécialiste, parce qu'il devra forcément prendre un médecin qui a un contrat avec sa mutuelle. »*

Perte du secret médical

Ils s'inquiètent du fait que le secret médical ne soit pas garanti.

M5. « En tant que patient c'est complètement débile d'appeler son assurance en disant j'ai ceci, j'ai cela ! C'est donner des informations à ton assurance qui va les réutiliser contre toi.

M9. « Si c'est pris en charge par les compagnies d'assurance c'est ça le gros danger ! Ils s'immiscent déjà très fortement dans la santé du patient. »

Risque de délocalisation

Ils craignent le développement du travail déporté.

M6. « Rien n'empêche que ce soit délocalisé dans des pays où le français est une langue parlée couramment, avec des médecins qui seront payés beaucoup moins cher.

M13. « Nous ne voulons pas que la télémédecine échappe au corps médical français. Si c'est pris en charge à l'étranger à mon avis c'est la porte ouverte à toutes les dérives. »

Risque d'ubérisation de la médecine

Ils redoutent que la santé des patients leur échappe.

M2. « Je pense que les gens sont un peu méfiants de ça, ils disent que ça va être l'ubérisation de la médecine ».

E/ Avenir

Les médecins confient leur vision de la télémédecine dans l'avenir :

A court terme

Pour eux la télémédecine telle qu'elle existe aujourd'hui va rester marginale, en complément de la médecine générale traditionnelle.

M1. « Je ne sais pas si ça va être la réponse, parce que je ne sais pas si ça va vraiment beaucoup se développer. »

M5 « Pour moi ce n'est pas une vision qui permet une amélioration des choses à long terme. C'est plutôt répondre à une urgence »

A long terme

Ils sont en revanche plus inquiets sur l'avenir à long terme, avec le risque de voir disparaître leur profession au profit des robots et de l'intelligence artificielle.

M10. « Je vois qu'on peut maintenant opérer à distance. Un jour il n'y aura plus que des robots et les chirurgiens vont disparaître, pourquoi on ne disparaîtrait pas non plus ? »

M1. « Je pense que ce ne doit pas être quelque chose dont on doit avoir peur pour le moment. Après je ne sais pas : les robots, l'intelligence artificielle... »

DISCUSSION

1. Limites et forces de l'étude

A/ Limites

1 - Liées au recueil des données

Le fait que l'interrogatoire soit mené par un médecin remplaçant a pu entraîner des réserves quant aux réponses des médecins interrogés. Ils n'ont peut-être, pour certains, pas osé se livrer totalement concernant les modifications des pratiques chez les jeunes, la durée de la période de remplacement ou les contraintes à l'installation.

L'enquêteur a pu influencer les réponses des médecins interrogés par son attitude, son ton de voix ou ses réactions aux réponses précédentes.

2 - Limite d'investigation

C'est la première fois que l'investigateur participait à une étude qualitative.

Les questions ont pu parfois être mal formulées ou mal comprises, même si le questionnaire a été amélioré au fur et à mesure.

Certains entretiens ont vu leur durée limitée par la pauvreté du dialogue, malgré l'utilisation de questions de relance.

3 - Limite d'interprétation

Le codage des entretiens est réalisé selon l'interprétation du chercheur, il existe donc forcément une part de subjectivité dans les résultats.

Le chercheur a pu être soumis au biais de confirmation d'hypothèse qui correspond à « *la tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions.* »

Une triangulation des chercheurs a permis de limiter cette subjectivité.

B/ Forces

1 - Le sujet

Il s'agit d'un sujet très actuel, au cœur de nombreuses préoccupations : à la fois des patients, des médecins et des pouvoirs publics.

Il n'existe pas à notre connaissance, d'autre étude qualitative, s'intéressant à la télémédecine en médecine générale dans les Hauts de France.

Des études sur ce sujet ont été menées dans d'autres régions(18)(19), certaines de manière quantitative(20)(21). Ou bien encore dans des domaines plus spécifiques, tels que la télédermatologie (22) ou bien la télépsychiatrie (23).

2 - Le recrutement

Le recrutement de la population selon le critère de la variation maximale a été respecté.

En effet les médecins interrogés avaient des caractéristiques les plus diverses possibles afin de garantir une grande variabilité de résultats.

Les médecins recrutés n'étaient pas informés du thème de l'étude pour préserver leur spontanéité.

3 - La méthode

Le choix de la méthode qualitative, qui est en effet bien adaptée pour recueillir un panel d'opinions, le plus vaste possible, au sein d'une population étudiée.

Les entretiens individuels, réalisés en face à face, au travers d'un questionnaire semi-directif qui ont permis d'instaurer un climat de confiance et une plus grande liberté de réponse.

L'utilisation de questions ouvertes et neutres qui avaient pour but de ne pas orienter la réponse des médecins interrogés ; et de questions de relance lorsque l'échange manquait d'interaction.

L'analyse des données, qui a été réalisée selon le principe de l'analyse thématique.(17)

Cette méthode implique de débiter les recherches sans hypothèse de départ. L'hypothèse se construit en même temps que les résultats, au fur et à mesure du codage des entretiens. Il s'agit d'un aller-retour permanent entre les données recueillies et la théorisation. Cette technique consiste à catégoriser les nœuds obtenus au codage puis à les mettre en relation. L'intégration de ces données permet de modifier le questionnaire, au fur et à mesure, afin de l'améliorer.

Ce travail a été poursuivi jusqu'à obtention de la saturation des données, c'est-à-dire l'absence d'émergence d'idées nouvelles lors de la réalisation d'entretiens supplémentaires. La retranscription et le codage ont été réalisés rapidement après l'enregistrement des entretiens pour limiter la perte d'information.

Pour éviter l'aspect subjectif du codage, une triangulation des chercheurs a été réalisée.

Au final, cette étude a été réalisée selon les lignes directrices COREQ pour la recherche qualitative.(24)

2. Analyse des résultats

A/ La démographie médicale

1 - Ressenti des médecins

Les médecins généralistes, aussi bien installés que remplaçants, ressentent dans leur pratique le déséquilibre qui se crée entre une demande de soins qui augmente et une offre de soins qui diminue.

Nous avons vu en introduction les phénomènes qui peuvent expliquer cette modification.

La France a une densité moyenne de 126 médecins généralistes libéraux en activité pour 100 000 habitants (6). Toutes spécialités confondues, la France présente une densité de 3,4 médecins pour 1000 habitants ce qui la place dans la moyenne des pays de l'OCDE.

A titre de comparaison elle est de 2,6 aux États-Unis, 2,9 au Royaume-Uni, 3,1 en Belgique, 3,9 en Espagne, 4 en Italie, 4,3 en Allemagne et en Suisse.(25)

2 - Propositions d'amélioration

Augmenter le numerus clausus

Même s'ils sont conscients que l'augmentation du numerus clausus ne règlera pas, à elle seule, les problèmes de démographie médicale ; les médecins estiment que c'est la première des décisions à prendre.

Entre 1971 et 1990, le numerus clausus a été divisé par deux, atteignant son point le plus bas en 1993 avec 3 500 places seulement. Il a été relevé par la suite, principalement à partir des années 2000 pour atteindre 8 205 places en 2018.(26)

La Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a d'ailleurs annoncé récemment la suppression du numerus clausus pour la rentrée 2020. L'objectif est « d'augmenter de 20 % à peu près le nombre de médecins formés » ; mais aussi de « briser le moule » en recrutant des profils plus variés. La Ministre de l'Enseignement Supérieur, Frédérique Vidal, a tout de même précisé que la filière « resterait sélective », mais que plus de liberté serait donnée aux universités de médecine et aux agences régionales de santé pour fixer les quotas en fonction des besoins et des capacités de formation.(27)

Former plus de médecins généralistes

En 2018 on comptait 87 801 médecins généralistes en activité régulière, contre 110 279 spécialistes, toutes spécialités confondues.

Sur la période 2010-2018, les effectifs des médecins généralistes en activité régulière ont diminué de 6460 médecins, alors que ceux des spécialistes ont augmenté de 4515.(6)

Les médecins de notre étude suggèrent d'orienter davantage les étudiants vers la médecine générale, que ce soit par les stages lors de l'externat, ou bien les postes proposés aux ECN.

Incitations financières

Les médecins semblent favorables aux mesures incitatives pour redynamiser les zones sous dotées. Ils proposent notamment le financement des études médicales, l'attribution d'aides à l'installation et de subventions, ou encore la revalorisation des actes pour rendre la médecine libérale plus attractive.

Il existe déjà un certain nombre d'aides mises en place par l'état, qui ne sont peut-être pas assez connues des médecins :

- Le contrat d'engagement de service public (CESP) : qui prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la 2ème année des études médicales. En échange, les bénéficiaires s'engagent, pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum, à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. (28)

- Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) : qui est une aide financière qui vise à aider les médecins qui s'installent en zone fragile à faire face aux frais liés au début d'activité. Elle est accordée une seule fois et versée aux médecins en 2 fois : 50 % dès l'installation en zone fragile et 50 % après 1 an. Le médecin s'engage à y exercer une activité conventionnée pendant au moins 5 ans et à participer à la permanence des soins.(29)

- Le contrat de stabilisation et de coordinations des médecins (COSCOM) : qui encourage les médecins qui s'impliquent dans la formation d'étudiants au sein de leurs cabinets libéraux, pour stimuler leur installation et leur maintien en exercice libéral, dans ces territoires ; ou bien encore qui réalisent une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité.(29)

- Le contrat de transition (COTRAM) : qui a pour objet de soutenir les médecins qui exercent dans les zones sous-denses, qui préparent leur départ en retraite en accompagnant le médecin qui va leur succéder. Le médecin s'engage à aider son confrère qui s'installe dans

ses démarches liées à l'installation en libéral, la gestion du cabinet, la prise en charge des patients, pendant une durée de 3 ans.(29)

- Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) : qui encourage l'exercice ponctuel de médecins dans les zones sous-dotées. Les médecins s'engagent à exercer au minimum 10 jours par an dans ces zones, pour une période de 3 ans renouvelable.

Salariat et nouveaux modes d'exercice

Les médecins constatent le penchant des jeunes générations pour un exercice salarié qui permet de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. Les médecins salariés ont une plus grande maîtrise de leur temps de travail, ils ont des congés payés et peuvent bénéficier d'arrêts maladie. Ils n'ont plus à gérer la partie administrative et comptable du cabinet, et peuvent ainsi se consacrer entièrement au soin des patients.

Les pouvoirs publics ont bien compris l'attrait des jeunes médecins pour le salariat ou pour des pratiques alternatives. A titre d'exemple, l'une des premières mesures de « Ma Santé 2022 » qui se concrétise sur le terrain est la proposition, sur le site RemplaFrance, de 400 postes de médecin généralistes, dans les territoires où l'offre de soins est la plus menacée. Il s'agit de 200 postes de médecins généralistes salariés et de 200 postes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital.(30)

Maisons médicales et initiatives locales

Les médecins déclarent qu'ils ne souhaitent plus exercer seul. Ils privilégient le travail en équipe au sein de maisons de santé, qui permettent un échange avec leurs collègues médicaux et paramédicaux, ainsi qu'une meilleure organisation administrative.

Pour attirer les médecins généralistes, certaines collectivités territoriales ont décidé de créer des maisons médicales afin de recruter des médecins salariés.

C'est le cas notamment de la Saône-et-Loire qui, au travers de 5 centres de santé, a déjà embauché 37 médecins généralistes depuis janvier 2018. Ces centres disposent de secrétaires et sont entretenus par les communes. Selon le président du département, André Accary, ce dispositif a permis « à 15000 patients de retrouver un médecin traitant ». Il faut toutefois émettre un bémol à cette réussite. En effet, sur le plan économique, « le salariat coute cher à la collectivité et tous ces centres sont en déficit » comme l'indique Gérard Montagnon, président de l'Ordre des médecins de Saône-et-Loire.(31)

Assistants médicaux

Les médecins reconnaissent être parfois submergés par la charge administrative du cabinet. Certains d'entre eux, désireux de se recentrer sur leur activité de soin, seraient favorables à la création de postes d'assistants médicaux, qui pourraient les aider dans leurs tâches quotidiennes.

Ce souhait a été entendu puisqu'il est désormais possible, depuis septembre 2019, d'embaucher un assistant médical. C'est le médecin qui fixe librement le rôle de l'assistant médical, en fonction de ses compétences et de sa formation. Les tâches qui lui sont confiées peuvent être des tâches administratives (accueil, gestion des dossiers), en lien avec la consultation (déshabillage, prise de constantes), ou encore des missions de coordination (prise de rendez-vous avec un spécialiste, hospitalisation). Le poste d'assistant médical est accessible aussi bien à des profils soignants, comme les infirmières ou les aides-soignants, qu'à des profils administratifs, comme les secrétaires médicales. Ces derniers devront suivre une formation spécifique afin d'obtenir une qualification professionnelle.

La CPAM offre une aide financière pour le recrutement d'un assistant médical. 3 options sont possibles selon les besoins du médecin, et le contrat a une durée de 5 ans renouvelable. En contrepartie le médecin devra augmenter sa patientèle, de manière proportionnellement au niveau de financement qu'il reçoit.(32)

L'objectif annoncé par l'État est d'atteindre 4000 assistants médicaux d'ici 2022.

Écourter les consultations

Les médecins suggèrent qu'il serait possible de diminuer la durée de certaines consultations pour permettre de voir plus de patients sur une journée.

La durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste en France est de 16,4 minutes. Ce temps est plutôt long si l'on compare à nos voisins. La durée moyenne des consultations est de 7,6 minutes en Allemagne, 7,8 minutes en Espagne, 9,4 minutes au Royaume Uni, 10,2 minutes au Pays-Bas, 15 minutes en Belgique, et 15,6 minutes en Suisse. C'est la Suède qui offre la durée de consultation la plus importante avec 22,5 minutes en moyenne. (33)

Cela dépend principalement des caractéristiques du patient, mais aussi de celles du médecin et du système de santé.

On peut imaginer que cette durée diminue avec l'arrivée en France des assistants médicaux.

Limiter la durée des remplacements et contraindre les installations

La plupart des médecins interrogés rappellent leur attachement fort à la liberté d'installation. Ils estiment avoir mérité cette liberté compte tenu de la durée de leurs études.

Cependant certains ont évoqué la possibilité de mesures coercitives pour lutter contre les déserts médicaux telles que la régulation des installations, et la limitation de la durée des remplacements.

C'est également l'avis du Sénat, qui a récemment adopté un amendement au projet de loi de santé, visant à limiter à trois ans la durée totale des remplacements de médecins.

Dans cette même logique les sénateurs ont adopté un amendement transformant la dernière année d'internat de médecine générale en une année en autonomie, hors hôpital, prioritairement dans les zones sous dotées.

La ministre de la santé et les syndicats de médecins sont opposés à ces mesures.(34)

Les médecins de notre étude précisent que ces mesures auront sans doute un effet contraire au but recherché, en faisant fuir les jeunes de la médecine générale.

B/ La télémédecine

1 - État des lieux

Tous les médecins interrogés ont déjà entendu parler de la télémédecine, mais ils reconnaissent pour la plupart, un manque d'expérience en la matière. Ces résultats sont semblables à ceux retrouvés par T. Messon, où 95% des médecins avaient déjà entendu parler de télémédecine, mais seulement 18% en avaient déjà pratiqué.(20)

2 - Conditions nécessaires

Cadre réglementaire

Il semblait primordial pour les médecins interrogés qu'un cadre réglementaire régie les actes de téléconsultation.

Ce besoin était également retrouvé dans le travail de thèse de M. Durupt où les médecins déclaraient « *il n'y a pas de cadre vraiment* », « *je ne sais pas à ce jour s'il existe une charte de la télémédecine* ». Il leur paraissait nécessaire de « *bien définir des règles* ». (18)

La DGOS a indiqué les conditions de prise en charge des téléconsultations (35) :

- Tout médecin peut recourir à la téléconsultation, quels que soient : sa spécialité, son secteur d'activité (secteur 1, secteur 2) et son lieu d'exercice.

- Tout patient peut bénéficier d'une téléconsultation. Il convient cependant au médecin de juger de la pertinence d'un acte à distance et non en face à face.
- La téléconsultation doit impérativement être réalisée par vidéo transmission.
- Le patient doit être connu du médecin téléconsultant et doit avoir bénéficié d'une consultation physique au cours des 12 mois précédant la téléconsultation.
- Le parcours de soins coordonné doit être respecté
- La téléconsultation est facturée au même tarif qu'une consultation en face à face et les majorations peuvent s'y ajouter dans les mêmes conditions

La HAS a, quant à elle, émis des recommandations de mise en œuvre (36) :

- Information du patient
- Recueil du consentement du patient
- Identification du patient
- Authentification du professionnel médical
- Assurance de la compréhension du patient
- Possibilité de programmer une consultation en face à face
- Enregistrement du compte rendu dans le dossier du patient
- Inscription du compte rendu dans de dossier médical partagé (DMP) du patient s'il existe
- Transmission par voie sécurisée du compte rendu au patient

Besoin de formation

Les médecins se déclarent favorables à une formation préalable à la réalisation d'actes de télémédecine. Dans une enquête menée en Gironde, 55% des médecins présentaient un intérêt pour une formation mais seulement 10% connaissaient un moyen de se former à la télémédecine.(20)

Matériel

Les médecins indiquent que le matériel doit être simple, standardisé mais aussi peu coûteux.

Cette volonté de simplicité est retrouvée chez les médecins de la Meuse qui souhaitent « *qu'il n'y ait qu'un système* » ou « *une interface commune* ». (18)

Secret médical

Les médecins rappellent l'importance de garantir le secret médical et pensent que cela doit passer par des moyens de connexion sécurisés. Ils craignent que celui-ci soit dévoyé si la télémédecine est organisée par des compagnies privées telles que les mutuelles, les banques ou les assurances.

Dans l'enquête de M. Durupt les médecins déclaraient : « *Se pose aussi la question de la sécurité, de la confidentialité des données, afin d'éviter le risque d'être piraté* ». « *Il faut préserver le secret médical* » (18)

Rémunération

Dans notre étude, les médecins estiment que la rémunération doit être au moins égale à celle d'une consultation classique, voire même majorée en raison du matériel nécessaire.

Cet avis est retrouvé dans le travail de A. Bidault Diallo, où les médecins indiquaient « *qu'il faudrait réfléchir pour codifier des actes de télémédecine, qui incluent l'achat du matériel et surtout de son entretien* ». (19)

Il faut noter que les actes de téléconsultation sont pris en charge par l'Assurance Maladie depuis septembre 2018, et ceux de téléexpertise depuis février 2019. (37)

3 - Intérêts

Pour le patient

Les médecins estiment que la télémédecine est un des moyens de permettre un accès aux soins aux patients résidant dans des zones sous médicalisées. C'est pour les patients un gain en termes de temps, et de confort puisqu'ils n'ont plus à se déplacer.

Lorsque T. Messon a interrogé des médecins sur les bénéfices attendus à la pratique de la télémédecine, ceux-ci répondaient : un bénéfice pour les patients dans 62,6 % des cas ; et la lutte contre la désertification médicale dans 46,8%.(20)

Dans le travail qualitatif de A. Bidault Diallo, les médecins qui évoquaient les bénéfices de la télémédecine pour les patients déclaraient : « *elle pourrait aussi aider à limiter un petit peu les déserts médicaux* », « *elle permet d'éviter un déplacement de patient, de fatiguer le patient inutilement* ». (19)

Pour le médecin

C'est la téléexpertise qui est citée par les médecins, presque à l'unanimité, comme le principal bénéfice en ce qui les concerne.

Les médecins sont en effet très demandeurs d'une possibilité d'obtenir un avis spécialisé par télémédecine. La spécialité la plus fréquemment citée étant la dermatologie.

Des résultats similaires étaient retrouvés dans le travail de F. Cypriani, qui indiquait que « *le plus grand intérêt de la télémédecine, selon les médecins ayant laissé des commentaires libres, semblerait résider dans la téléexpertise, en particulier dans le domaine de la dermatologie* ». (21)

Dans sa thèse sur la télédermatologie en médecine générale, E. Majewski trouvait que les médecins généralistes étaient globalement en faveur de l'intégration de ce nouveau système dans leur pratique.(22)

En 2015, la région Picardie a mis en place un projet de téléexpertise en dermatologie pour la détection de tumeurs cutanées. Le bénéfice de cette téléexpertise est triple :

- pour le médecin généraliste elle permet un accès plus rapide à un avis spécialisé
- pour le dermatologue c'est un outil de tri, mais également un outil pédagogique et de sensibilisation
- pour le patient elle permet de diminuer les délais de rendez-vous et d'améliorer la qualité des soins

En 2018 le dispositif s'est étendu aux dermatologues et médecins généralistes libéraux des Hauts-de-France ; et une application smartphone a été développée. (38)

Les autres avantages décrits pour le médecin sont un gain de temps en évitant certains déplacements, un gain au niveau financier, une possibilité de mutualiser le cabinet en téléconsultant de chez soi.

On retrouve certaines de ces idées dans le travail de A. Bidault Diallo : « *En maison de retraite, elle pourrait être une solution pour un renouvellement d'ordonnance ou pour des petites choses simples, ça évite au médecin de se déplacer* ». « *La pratique de la télémédecine pourrait permettre un gain sur le plan financier, sur le plan temps, sur le plan confort* ». (19)

Pour le système de santé

Le principal bénéfice de la télémédecine pour le système de santé évoqué par les médecins est l'amélioration de la qualité des soins. Ils pensent que la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale sont des outils qui permettent d'offrir des soins plus performants. Ils sont également une réponse à l'évolution de la société.

Dans le travail de F. Cypriani, des médecins commentaient « *tous ces dispositifs peuvent être un plus intéressant au suivi des patients* » ; « *Il est impératif de vivre avec son temps et d'améliorer la pratique médicale, même si cela nécessite de nouveaux comportements* ». (21)

Dans notre étude, les médecins soulignent que l'installation de cabines de téléconsultation pourrait permettre le maintien de pharmaciens dans certains secteurs menacés.

4 - Limites

Techniques

Les limites techniques citées sont essentiellement la couverture internet sur le territoire, les capacités en informatique des patients mais aussi celle des médecins.

F. Cypriani souligne une inhomogénéité d'accès à internet. Elle signale que certains dispositifs peuvent être difficiles d'utilisation pour des patients aux capacités physiques et cognitives altérées. Mais que parfois le facteur limitant était tout simplement une inappétence des médecins pour l'informatique. (21)

De par cette technique qui interfère entre le médecin et son patient, les médecins se plaignent de la perte de l'examen clinique, mais aussi de la perte de la relation humaine.

M. Durupt nous dit que « *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* ».

(18)

Organisationnelles

Le manque de temps est pointé de manière quasi unanime par l'ensemble des médecins généralistes interrogés. Ils ne voient pas de quelle manière intégrer une activité de téléconsultation au sein de leurs journées déjà bien remplies.

Le facteur temps ressort comme facteur limitant dans toutes les études.(18)(20)

C'est le cas également pour les spécialistes qui manquent de disponibilité pour réaliser des actes de téléexpertise.

Les autres limites pointées sont un risque de nomadisme médical accru, rendant le suivi médical difficile.

Financières

Les médecins pointent du doigt le cout du matériel et des abonnements aux plateformes de téléconsultations

Dans notre enquête les médecins expriment leur désir qu'une partie des dépenses liées à l'investissement dans le matériel soit prise en charge par l'assurance maladie.

C'est désormais le cas au travers d'une aide forfaitaire à l'équipement qui a été créée pour favoriser le déploiement de la télémédecine.

Celle-ci sera versée aux médecins via l'intégration de deux nouveaux indicateurs ajoutés au « forfait structure » :

- un indicateur de 50 points (soit 350 €) pour s'équiper en vidéo transmission, mettre à jour les équipements informatiques et s'abonner à des plateformes de télémédecine pour assurer des actes de téléconsultation dans des conditions sécurisées ;
- un indicateur de 25 points (soit 175 €) pour s'équiper en appareils médicaux connectés, dans la liste des équipements retenus chaque année. (39)

Les médecins craignent également un risque de surconsommation de la part des patients. Il en est de même pour les généralistes de la Meuse qui expriment leurs craintes vis-à-vis des patients qui « vont être demandeurs ». « *« 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 ».*(18)

Le dernier risque évoqué est celui d'une marchandisation de la santé, où l'aspect lucratif prendrait le pas sur la qualité des soins.

Juridiques

Un des principaux freins décrits par les médecins concerne la responsabilité médicale.

En effet, les médecins estiment que les actes de télémedecine, ne permettant pas d'examiner le patient, vont être source d'erreurs médicales.

Cette crainte est largement partagée dans les autres travaux.

F. Cypriani indique que « *l'aspect médico-légal posait question, avec des inquiétudes sur la responsabilité en cas de problème, et la prise en charge par les assurances.* »(21)

Éthiques

Parmi les médecins interrogés, certains sont assez réfractaires à la télémedecine, car cela va à l'encontre de la représentation qu'ils ont de ce qu'est le métier de médecin généraliste.

On retrouve ce sentiment dans d'autres travaux : « *Ce ne sont pas des vrais médecins qui ont pensé à ça, mais plutôt des administratifs, ou des théoriciens, qui ne connaissent rien de la relation médicale, tout du moins en ce qui concerne la médecine générale* » .(19)

Les médecins craignent que si la télémedecine se développe par le biais des assurances, elle conduise à une perte de liberté du patient concernant le choix de son praticien mais aussi une perte d'indépendance du médecin dans ses décisions.

Plusieurs médecins ont indiqué que le développement de la télémedecine pourrait conduire à une délocalisation des emplois, vers des pays à bas cout où les médecins parlent français.

Dans le travail de F. Cypriani un médecin déclarait « *C'est la porte ouverte à la délocalisation : concurrence à tous prix, nivèlement par le bas* ».(21)

Certains médecins vont même plus loin et craignent, à plus long terme, la disparition totale des médecins généralistes qui seront remplacés par des robots dotés d'intelligence artificielle.

CONCLUSION

La médecine générale française connaît actuellement une crise démographique. La demande de soins n'a jamais été aussi forte. La population augmente, elle vieillit, les maladies chroniques se développent et la société se médicalise. D'autre part le nombre de médecins généralistes diminue, les départs en retraite sont nombreux et les pratiques médicales évoluent. Face à ce déséquilibre, des déserts médicaux apparaissent.

Pour lutter contre ce phénomène les médecins suggèrent d'abord augmenter le nombre de médecins généralistes formés chaque année, mais aussi de rendre les zones fragiles plus attractives. Cela peut passer par des incitations financières, la création de maisons médicales et le développement de nouveaux modes d'exercice.

En attendant de ressentir les effets de telles mesures, la télémédecine représente un moyen de pallier le manque de médecins dans certaines régions. Mieux que cela, les médecins pensent qu'elle peut offrir un bénéfice en termes de temps, de confort, et de qualité des soins. Ils sont d'ailleurs très intéressés par le développement de la téléexpertise.

Cependant le déploiement de la télémédecine est freiné par des contraintes techniques, organisationnelles, financières, juridiques et éthiques.

En effet les médecins manquent encore de connaissance et de pratique sur le sujet, faute de temps disponible. Ils pensent que l'absence d'examen clinique risque d'être source d'erreurs médicales et craignent une déshumanisation de la relation médecin-patient. Ils ont peur que la télémédecine leur échappe au profit de compagnies privées qui privilégieront l'aspect lucratif au bien-être du patient.

On constate que, dans leur histoire, les médecins ont toujours intégré dans leur pratique les nouveautés techniques afin d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins.

A l'ère du numérique, la télémédecine apparaît donc comme une des solutions aux problèmes que rencontre notre système de soins.

Il faudrait dans un premier temps intégrer un enseignement de la télémédecine au cours des études médicales.

En ce qui concerne les médecins diplômés, il serait intéressant de leur proposer une formation pratique puis de recueillir leur avis a posteriori, afin de voir si cette expérimentation a permis de lever leurs craintes.

Dans le futur, le développement de la robotique et de l'intelligence artificielle laisse entrevoir de grands bouleversements sur la manière dont on se soignera.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Évolution de la population – Bilan démographique 2018 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
2. IRDES. Données de cadrage : Les affections de longue durée [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html>
3. Assurance Maladie. Données statistiques annuelles sur les patients du régime général de l'Assurance Maladie bénéficiant d'une prise en charge pour affection de longue durée [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/index.php>
4. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):43-66.
5. Cusset P-Y. Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.strategie.gouv.fr/publications/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>
6. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
7. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés : 2007/2017. 2017;
8. CNOM. Démographie médicale et projet de loi « Ma santé 2022 » [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>
9. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes Résultats*. 2012;(797).
10. CNOM. La féminisation : une chance à saisir [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>
11. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>
12. Michel F-B, Loisançe D, Couturier D, Charpentier B. Un humanisme médical pour notre temps. *Bull Académie Natl Médecine*. 2011;195(6):1345-68.
13. OMS. Politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle : « télématique sanitaire » [Internet]. 1997. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82480/fraid9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Légifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie - Article 32 [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>

15. Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78 [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
16. Légifrance. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
17. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique. Anal Qual En Sci Hum Soc. 2012;231-314.
18. Durupt M. La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois, perceptions et attentes des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. 2016.
19. Bidault Diallo A. Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. 2013.
20. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde [Thèse d'exercice]. 2017.
21. Cypriani F. Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français [Thèse d'exercice]. 2014.
22. Majewski E. Incertitude diagnostique en dermatologie et place de la télédermatologie en Médecine Générale dans le Nord et le Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. 2018.
23. Baudier L. L'intégration de la télépsychiatrie dans le parcours de soins de la personne âgée [Mémoire de fin d'études]. 2017.
24. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 2015;15(157):50-4.
25. OCDE. Statistiques de l'OCDE sur la santé : Ressources en santé [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm>
26. DREES. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>
27. Godeluck S. Loi santé : le gouvernement espère former 20 % de médecins supplémentaires [Internet]. Les Echos. 2019. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/loi-sante-le-gouvernement-espere-former-20-de-medecins-supplementaires-963942>
28. DGOS. Le principe du CESP [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
29. Assurance Maladie. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>

30. ARS. 400 postes de médecins généralistes pour les territoires prioritaires [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/400-postes-de-medecins-generalistes-pour-les-territoires-prioritaires>
31. Maligorne C. Déserts médicaux: les médecins salariés sont-ils la solution? [Internet]. Le Figaro. 2019. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2019/03/26/20002-20190326ARTFIG00051-deserts-medicaux-les-medecins-salaries-sont-ils-la-solution.php>
32. Assurance Maladie. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
33. Amalberti R. La durée de consultation en médecine générale [Internet]. prevention-medicale.org. 2017. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Medecin/duree-consultation-medecine-generale>
34. Jacquot G. Projet de loi santé : les internes envoyés dans les déserts médicaux [Internet]. Public Senat. 2019. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/projet-de-loi-sante-les-internes-envoyes-dans-les-deserts-medicaux-les>
35. DGOS. La téléconsultation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-teleconsultation>
36. HAS. Fiche Mémo - Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_qualite_et_securite_des_actes_de_teleconsultation_et_de_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-05-33_441.pdf
37. Légifrance. Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 [Internet]. 2017-1836 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
38. URPS Médecin libéraux Hauts de France. Téléexpertise en dermatologie. Une expérience en Hauts-de-France pour la détection des tumeurs cutanées [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. 2018. Disponible sur: <http://www.urpsml-hdf.fr/application-teledermatologie/>
39. Assurance Maladie. Télémédecine : liste des équipements connectés retenus pour le forfait structure 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/telemedecine-liste-des-equipements-connectes-retenus-pour-le-forfait-structure-2019>

ANNEXES

1. Guide d'entretien

- Que pensez-vous de la situation de la démographie médicale actuelle en France ?

- Quelles pourraient être, selon vous, les solutions à apporter à ce problème ?

- Que pensez-vous de la télémédecine ?
 - o Avantages / inconvénients
 - o Pour le médecin / pour le patient

- Dans quelles conditions seriez-vous prêt à développer la télémédecine au sein de votre pratique et pour quel type d'activité médicale ?

- Selon vous, comment pourrait-t-on faire évoluer la télémédecine de demain au profit des médecins et des patients ?

2. Avis CRDMM



Avis de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la FMM

Intitulé de la recherche :

La télémédecine en AG = déterminants de son développement.

Investigateur principal : Thomas SETRYVE

Mémoire de Maïeutique

Mémoire de DES

Thèse d'exercice de Médecine

Date de réunion de la CRD2M : 11/03/2018

Avis de la CRD2M : FAVORABLE

DEFAVORABLE

COPIE

Si avis défavorable, justification :

Type d'étude retenu :

Type 1 : recherche interventionnelle

Type 2 : recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales

Type 3 : recherche non interventionnelle

mon rijk domaine des SH.

Nécessité de l'avis d'un comité d'éthique : OUI

NON

Si oui, lequel et pourquoi ?

Si non, justification :

Recherche rétrospective sur données existantes

Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques

Recherche dans le domaine des sciences humaines

Recherche bibliographique

Remarques éventuelles :

Le référent de la CRD2M :

Nom : W. Vidal

Signature :

AUTEUR : Nom : SCHRYVE

Prénom : Thomas

Date de Soutenance : 9 octobre 2019

Titre de la Thèse : La télémédecine en médecine générale : déterminants de son développement

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES Médecine Générale

Mots-clés : Télémédecine – Médecine générale – Démographie médicale

Résumé :

INTRODUCTION : La médecine générale française connaît actuellement une crise démographique. La demande de soins explose car la population augmente et elle vieillit. Les maladies chroniques progressent et la société se médicalise. Face à cela le nombre de MG diminue, les départs en retraite sont nombreux et les jeunes ne sont pas prêts à travailler autant que leurs aînés. Des déserts médicaux apparaissent. La télémédecine pourrait être une des solutions pour lutter contre ce phénomène. L'objectif principal était d'évaluer les déterminants du développement de la télémédecine en médecine générale.

MATERIEL ET METHODE : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de MG des Hauts de France entre novembre 2018 et Avril 2019. Treize MG ont été interrogés sur les motivations et les freins au développement de la télémédecine.

RESULTATS : Cette étude a permis de recueillir le ressenti des MG à propos de la télémédecine. Elle les intéresse car elle peut représenter un gain en termes de temps, de déplacement et de confort ; pour eux comme pour les patients. Ils pensent qu'elle peut permettre de lutter contre les déserts médicaux et d'améliorer la qualité des soins. Ils sont très favorables au développement de la téléexpertise. Cependant ils manquent encore de connaissance et de pratique sur le sujet. Ils craignent une déshumanisation de la relation médecin-patient et pensent que l'absence d'examen clinique risque d'être source d'erreurs médicales. Ils ont peur que la télémédecine leur échappe au profit de compagnies privées qui privilégieront l'aspect lucratif au bien-être du patient. Concernant la démographie médicale, les MG ressentent bien la tension qui se crée et les disparités régionales. Pour remédier à ce problème ils proposent d'augmenter le numerus clausus et de former plus de MG. Ils sont favorables aux mesures incitatives pour attirer les jeunes dans les zones blanches et à une revalorisation de la rémunération pour rendre la médecine libérale attractive. Certains évoquent des mesures coercitives telles que la régulation des installations ou la limitation des remplacements, mais la plupart restent attachés à la liberté d'installation.

DISCUSSION : les MG sont intéressés par la téléconsultation et la téléexpertise mais il existe encore de nombreuses craintes à lever. A l'ère du numérique, la télémédecine apparaît comme une réponse du système de santé à l'évolution de la société.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe Berkhout

Assesseurs : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard

Monsieur le Docteur Grégoire Ficheur

Madame le Docteur Vanessa Olariu – Directrice de thèse