



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Téléconsultation assistée au cours de la pandémie de COVID-19 :
Ressenti de professionnels de santé exerçant en maisons de santé
pluriprofessionnelles dans les Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2022 à 18h00
Au Pôle Formation
par **Anissa HADHOUM**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Robert VALENSI

Avertissement

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

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence régionale de santé

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

FEDER : Fonds européen de développement régional

FEMAS Hauts-de-France : Fédération régionale des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France

HAS : Haute autorité de santé

HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmière en pratique avancée

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PRS : Projet régional de santé

PRT : Programme régional de télémédecine

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TCA : Téléconsultation assistée

Table des matières

RESUME	7
INTRODUCTION	8
1) PRESENTATION DE LA TELEMEDECINE	9
1.1) DEFINITION ET ACTES PRATIQUES EN TELEMEDECINE	9
1.2) MISE EN PLACE EN FRANCE ET LEGISLATION	10
1.3) UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE	13
1.4) FINANCEMENT	15
1.5) DEROULEMENT D'UNE TELECONSULTATION	17
1.6) LE CAS DES TELECONSULTATIONS ASSISTEES	18
1.7) LA SITUATION DANS LES HAUTS-DE-FRANCE	20
2) ÉMERGENCE D'UNE PANDEMIE A SARS- COV-2	22
2.1) ÉPIDEMIOLOGIE	22
2.2) MISE EN PLACE DE STRATEGIES DE SANTE EXCEPTIONNELLES	23
3) QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	25
MATERIEL ET METHODES	26
1) TYPE D'ETUDE	26
2) POPULATION ETUDIEE ET RECRUTEMENT	26
3) LES ENTRETIENS	27
3.1) DEFINITION ET ELABORATION DES FOCUS GROUPS	27
3.2) LE GUIDE D'ENTRETIEN	27
3.3) DEROULEMENT DES ENTRETIENS	27
4) ANALYSE DES DONNEES	28
4.1) RETRANSCRIPTION DES ECHANGES	28
4.2) CODAGE DES DONNEES	28
RESULTATS	29
1) DONNEES CONCERNANT LES ENTRETIENS	29
2) CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	29
3) ANALYSE THEMATIQUE	32
3.1) PLACE DE LA TELECONSULTATION ASSISTEE EN MEDECINE GENERALE	32
3.1.1) <i>Une situation sanitaire inédite à l'origine de l'accélération de cette pratique</i>	32
3.1.2) <i>Du temps libre à la suite de la désertification des cabinets médicaux en période de confinement</i>	34
3.1.3) <i>Une réponse à la demande de soins en période de crise</i>	35
3.2) L'APPORT DE LA TELECONSULTATION ASSISTEE POUR LES EQUIPES SOIGNANTES ET LE PATIENT	36
3.2.1) <i>Les bénéfices de la téléconsultation assistée pour les professionnels de santé</i>	36

3.2.2) <i>Les bénéfices de la téléconsultation assistée pour les patients</i>	41
3.3) UN MODE D'EXERCICE APPRECIÉ MAIS QUI POURTANT S'ÉPUISE	45
3.3.1) <i>Les freins à son usage</i>	45
3.3.2) <i>Les pistes envisagées pour pérenniser cette pratique</i>	47
DISCUSSION	52
1) RAPPEL DES RESULTATS	52
2) CRITIQUE DE L'ÉTUDE	53
2.1) FORCES DE L'ÉTUDE	53
2.1.1) <i>Un sujet innovant</i>	53
2.1.2) <i>La méthode qualitative par focus group</i>	55
2.1.3) <i>Qualité de l'étude</i>	55
2.1.4) <i>Population et environnement favorable</i>	56
2.2) FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	56
2.2.1) <i>Pas d'extrapolation possible</i>	56
2.2.2) <i>Difficultés organisationnelles</i>	57
2.2.3) <i>Question principale non testée au préalable</i>	57
2.2.4) <i>Les biais</i>	57
3) CONFRONTATION DES RESULTATS AUX DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	59
3.1) AVANTAGES DE LA TELECONSULTATION ASSISTÉE	59
3.1.1) <i>Une nouvelle relation en triade centrée sur le patient</i>	59
3.1.2) <i>Une plus grande coordination des soins</i>	61
3.1.3) <i>Un outil de justice sanitaire</i>	62
3.1.4) <i>Un gain de temps et une réduction des déplacements pour les médecins</i>	64
3.2) FREINS ET PERSPECTIVES DE LA TELECONSULTATION ASSISTÉE	65
3.2.1) <i>Adaptation à une consultation sans examen clinique</i>	65
3.2.2) <i>Absence de protocole de prise en charge des patients</i>	69
3.2.3) <i>Formation au bon usage de la téléconsultation assistée</i>	71
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	79

Résumé

Contexte : L'épidémie de COVID-19 a imposé la mise en place de mesures sanitaires afin de limiter l'exposition et la propagation interhumaine du virus. Face à la demande de soins, la téléconsultation assistée a semblé être une solution. L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti de professionnels de santé, exerçant en MSP dans la région Hauts-de-France, qui ont réalisé des téléconsultations assistées de février à juillet 2021.

Méthode : Étude qualitative réalisée à partir de 4 focus groups, constitués de professionnels exerçant en MSP, dans la région Hauts-de-France.

Résultats : Les participants se sont accordés pour dire qu'il s'agit d'un outil simple d'utilisation permettant de lutter contre la rupture de soins et pouvant être une réponse à apporter face aux déserts médicaux. La téléconsultation assistée incite, selon eux, à une coopération interprofessionnelle et permet une meilleure coordination des soins. Elle crée une nouvelle relation centrée sur le patient et demande d'acquérir de nouvelles compétences pour ces usagers. Ils ont reconnu cependant un manque de connaissances sur ses champs d'application, des difficultés d'ordre organisationnel et un manque de moyens humains et techniques. Le développement des nouvelles technologies et objets connectés ainsi que la formation des professionnels de santé ont été évoqués comme des solutions de perfectionnement.

Conclusion : La perception de la téléconsultation assistée était essentiellement positive pour nos intervenants. Elle semble être un complément dans la pratique médicale. Elle demanderait à être davantage connue de tous et notamment des patients au moyen de campagnes de communication en santé publique.

Introduction

Depuis quelques années, le développement de la téléconsultation est un enjeu de santé publique afin d'optimiser l'accès aux soins sur le territoire national. Il s'agit d'une consultation réalisée à distance d'un patient par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale). Le patient pouvant être assisté ou non, à cette occasion, par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier...).

La fin d'année 2019 a vu émerger, initialement en Chine, une crise sanitaire en lien avec la propagation d'un nouveau coronavirus. Cela a rapidement évolué en crise mondiale : en pandémie. Face à cette menace, les professionnels de santé ont dû élaborer de nouveaux protocoles de prise en charge des patients, de nouvelles formes de consultations et de communications à distance, notamment au moyen de la téléconsultation assistée (TCA).

1) Présentation de la télémédecine

Etymologiquement, le terme télémédecine signifie médecine à distance (1) (le préfixe « télé » d'origine grecque signifiant loin). Il existe de nombreuses subtilités dans sa définition du fait de son champ large de pratique.

1.1) Définition et actes pratiqués en télémédecine

La télémédecine est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ». (2)

Cet organisme mondial décrit deux types de télémédecine :

- La télémédecine clinique : « activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numériques permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades ».

- La télémédecine informative : « service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale ». (3)

1.2) Mise en place en France et législation

Les pratiques de la télémédecine relèvent, en France, du droit de la santé et sont inscrites au Code de la santé publique.

La loi n°2004-810 relative à l'assurance maladie donne la possibilité aux médecins d'exercer à distance. (Art.32) (4) Il s'agit là des balbutiements de la télémédecine en France et formalise un cadre juridique à sa pratique.

Il faut attendre la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 qui régleme pour la première fois la télémédecine. (5) D'après l'article L. 6316-1 du Code de la santé publique, la télémédecine est définie comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Elle met en relation un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

La télémédecine permet :

- d'établir un diagnostic,
- d'assurer un suivi médical et une surveillance de l'état de santé d'un patient,
- de recueillir un avis spécialisé,
- de prescrire des thérapeutiques.

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (6) définit cinq actes médicaux réalisables en télémédecine, ainsi que leurs critères d'application :

- La téléconsultation : consultation à distance, entre un médecin et un patient (seul ou assisté d'un professionnel de santé). Toutes les situations médicales peuvent donner lieu à une téléconsultation. Son recours relève de la décision du médecin.

- La téléexpertise : échange entre au moins deux médecins qui, avec le consentement du patient, établissent un diagnostic ou une stratégie thérapeutique à mettre en œuvre. Elle permet d'obtenir rapidement l'avis d'un professionnel de santé spécialisé dans un domaine particulier et donc de réduire les délais de prise en charge d'un patient.

- La télésurveillance médicale : un médecin interprète à distance des données cliniques ou biologiques recueillies par un patient ou un professionnel de santé. Elle permet de suivre un patient chronique à domicile au moyen d'indicateurs cliniques et/ou paracliniques collectés par un dispositif médical.

- La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance l'un de ses confrères pendant un acte médical ou chirurgical.

- La régulation médicale : réponse médicale apportée par les centres 15 qui établissent par téléphone un premier diagnostic et définissent la gravité et l'urgence de la prise en charge.



Figure 1 : Illustration des cinq actes de télémédecine en France (source : Leem)

Le décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté détermine les formalités de mise en œuvre et de prise en charge du télésoin. (7) Il se définit comme « une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en relation un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences ». (8) Il concerne dix-huit corps de métiers. La télésanté englobe à présent la télémédecine et ses 5 actes précédemment décrits et le télésoin.

1.3) Un enjeu de santé publique

La stratégie des autorités de santé présente, ces dernières années, la télémédecine comme une solution face aux enjeux dont l'offre de soins est confrontée.

Le système de soins français fait face à de nombreux défis :

- Le vieillissement de la population
- L'augmentation de la fréquence des maladies chroniques
- La désertification médicale
- L'afflux de patients dans les hôpitaux et les services d'urgences
- La contrainte économique.

L'une des priorités sanitaires est l'accès aux soins, en luttant contre les inégalités sociales et territoriales et en accélérant le développement de la télémédecine.

À cet effet, la première stratégie de développement de la télémédecine en France émerge le 9 juin 2011, défini comme un Programme Régional de Télémédecine (PRT) et était initialement géré localement par les Agences Régionales de Santé (ARS). (9)

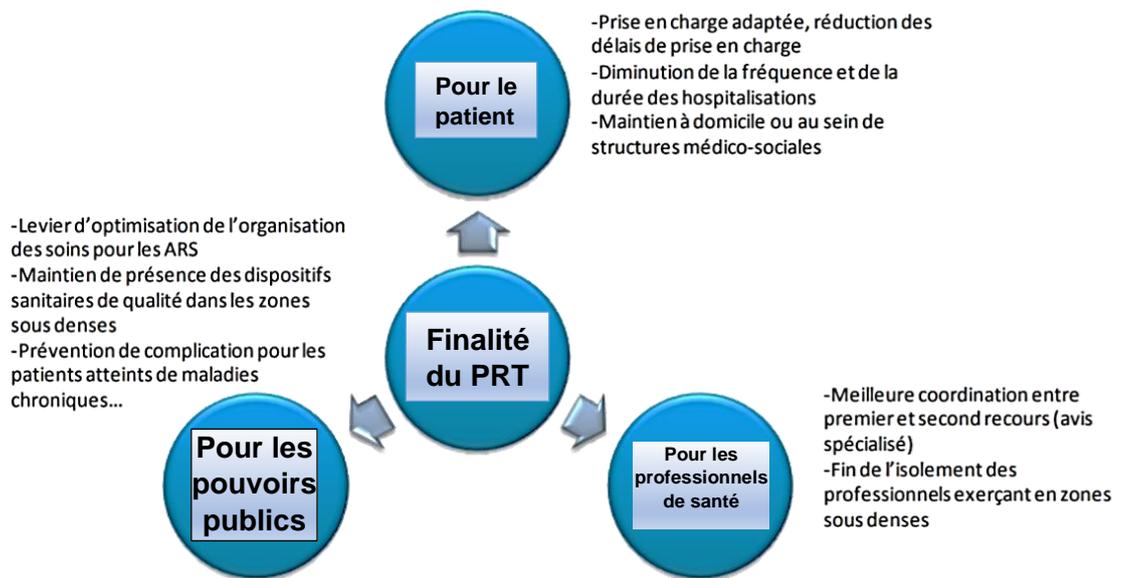


Figure 2 : Bénéfices attendus de la télémédecine par les différents acteurs concernés (source : solidarites-santé.gouv.fr)

En 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) publie le rapport : « télémédecine et responsabilités juridiques engagées ». (10)

La télémédecine est conçue sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle. Cette dernière pourra être solidaire en cas de fautes partagées entre les différents professionnels engagés.

1.4) Financement

Le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au Programme Régional de Soins (PRS) a rendu obligatoire l'élaboration de projets régionaux de télémédecine, dirigés et financés par les ARS. (11)

Entre 2010 et 2018, peu de projets de télémédecine ont émergé. Un recensement effectué par la DGOS au 31 décembre 2012, a mis en évidence un développement supérieur de la télémédecine à l'hôpital et un faible déploiement dans les secteurs ambulatoires, notamment en lien avec l'absence de dispositif de rémunération des actes de télémédecine. (12) En 2013, 331 dispositifs de télémédecine ont été dénombrés. (13) La loi de financement de la sécurité sociale de 2014, au moyen de l'article 36, consent le déploiement de pratiques de télémédecine en ambulatoire. (14)

Les pouvoirs publics ont souhaité accélérer son essor fin 2018 en inscrivant la télémédecine dans un financement de droit commun avec l'avenant 6 de la convention médicale signée le 14 juin 2018, pour le remboursement des actes de téléconsultation.(15) Il définit les actes et patients concernés, la déontologie et les rémunérations accordées.

« Tout assuré, quel que soit son lieu de résidence, et tout médecin, quelle que soit sa spécialité pourra y recourir. » (16) Elle doit être réalisée dans le respect du parcours de soins coordonnés, même si plusieurs exceptions ont été prévues comme l'adressage par une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou l'urgence.

	Condition d'orientation par le médecin traitant	Condition de connaissance préalable: Patient vu par le médecin téléconsultant dans les 12 derniers mois
Principe pour tout patient en ville	Oui	Oui
Sauf spécialités accès direct: gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie	Non	Oui
Sauf patients de moins de 16 ans	Non	Oui
Sauf situation d'urgence	Non	Non
Sauf patient sans médecin traitant ou médecin traitant non disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient	Non	Non
Et si le patient est pris en charge en CDS géré par un ES ou un ES adhérent d'une CPTS (sous réserve de permettre au patient d'être en mesure, dans un second temps, de désigner un médecin traitant pour son suivi au long cours et de réintégrer ainsi le parcours de soins)		
Sauf patients détenus, retenus et résidents en ESMS (EHPAD, établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées)	Non	Non

Figure 3 : Tableau récapitulatif des conditions générales de l'avenant à l'éligibilité à la facturation (source : solidarites-santé.gouv.fr)

(CDS= centre de santé, ES= établissement de santé, ESMS= établissement social et médico-social)

Les pouvoirs publics poursuivent l'accompagnement du déploiement de la télémédecine en consacrant notamment un grand plan d'investissement 2018-2022 dans ce sens. (17)

1.5) Déroulement d'une téléconsultation

Tout patient peut se voir proposer une téléconsultation.

C'est au médecin de juger l'éligibilité du patient et la pertinence de cet acte selon :

- la situation clinique,
- les données relatives au patient (administratives et médicales),
- la capacité du patient à communiquer à distance et à utiliser les outils informatiques.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en mai 2019 un guide des bonnes pratiques de la téléconsultation. (18)

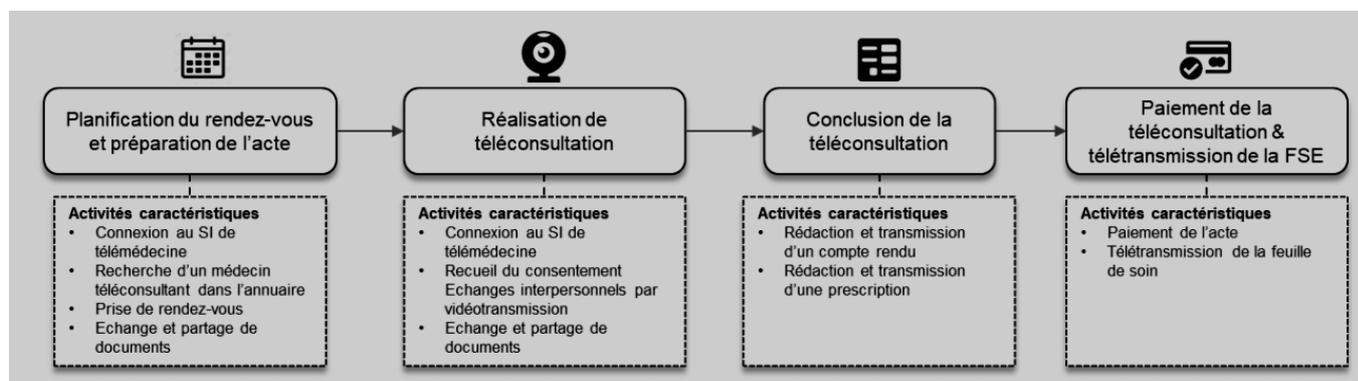


Figure 4 : Déroulement d'une téléconsultation (source : solidarites-santé.gouv.fr)

(SI= service informatique, PS= professionnel de santé, FSE= feuille de soins électronique)

1.6) Le cas des téléconsultations assistées

Un soignant, tel qu'un infirmier, peut être amené à assister un médecin au cours d'une téléconsultation pour apporter son aide, en participant à l'examen clinique, en accompagnant le patient à la compréhension de sa prise en charge. Depuis le 1er janvier 2020 et après modification de la liste des actes mentionnée dans l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale (19), une cotation singulière a été créée dans la nomenclature des actes professionnels. Un acte d'accompagnement à la téléconsultation a ainsi été créé pour les infirmiers, valorisé différemment s'il intervient au cours d'un soin infirmier ou non.

Pour l'infirmier	- TLS - TLL - TLD	- rémunérée 10 euros si s'effectue lors d'un soin déjà prévu - rémunérée 12 euros si s'effectue dans un lieu affecté pour son usage - rémunérée 15 euros lorsqu'elle s'organise au domicile du patient
Pour le médecin généraliste	- TCG	- rémunérée 25 euros - remboursement du même montant que pour une consultation en cabinet par l'assurance maladie si respecte le parcours de soins
Pour le pharmacien	- TLM	- facture l'accompagnement à la téléconsultation, valorisée à raison de 1 euro - rémunération forfaitaire annuelle proportionnelle au nombre de téléconsultations réalisées au sein de l'officine. Ce montant est établi ainsi : - de 1 à 20 téléconsultations : 200 euros - de 21 à 30 téléconsultations : 300 euros - supérieur à 30 téléconsultations : 400 euros

Les infirmiers n'ont pas nécessité d'avoir une prescription médicale pour accomplir un acte de téléconsultation. Ils doivent préciser le numéro RPPS du médecin dans la partie « médecin prescripteur » de la feuille de soins.

Le pharmacien doit lui renseigner dans la facture :

- le numéro identification du médecin téléconsultant dans la zone « prescripteur »
- la date de la téléconsultation.

Il n'a pas été établi d'acte de téléconsultation assistée pour tous les acteurs de soins dans la nomenclature générale des actes professionnels. Ainsi, les kinésithérapeutes ou sages femmes notamment n'ont pas de cotation pour cet acte et donc pas de rémunération.

1.7) La situation dans les Hauts-de-France

Au cours de l'année 2018, la région des Hauts-de-France, par le biais de son ARS et cofinancé par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER), a initié un programme dénommé PREDICE « Ma Santé Hauts-de-France ». Il permet d'offrir aux professionnels de santé des outils numériques pour favoriser l'interaction avec le patient mais aussi entre les différents acteurs du système de santé de la région. Peu utilisé lors de son lancement, il s'est retrouvé en première ligne en mars 2020, devant l'émergence d'une crise sanitaire inédite. Plus de 6 500 professionnels de santé s'y sont inscrits et ont effectué plusieurs milliers d'actes chaque semaine. (20)



Figure 5 : PREDICE, un bouquet régional de services en e-santé (source : PREDICE, ma santé Hauts-de-France)

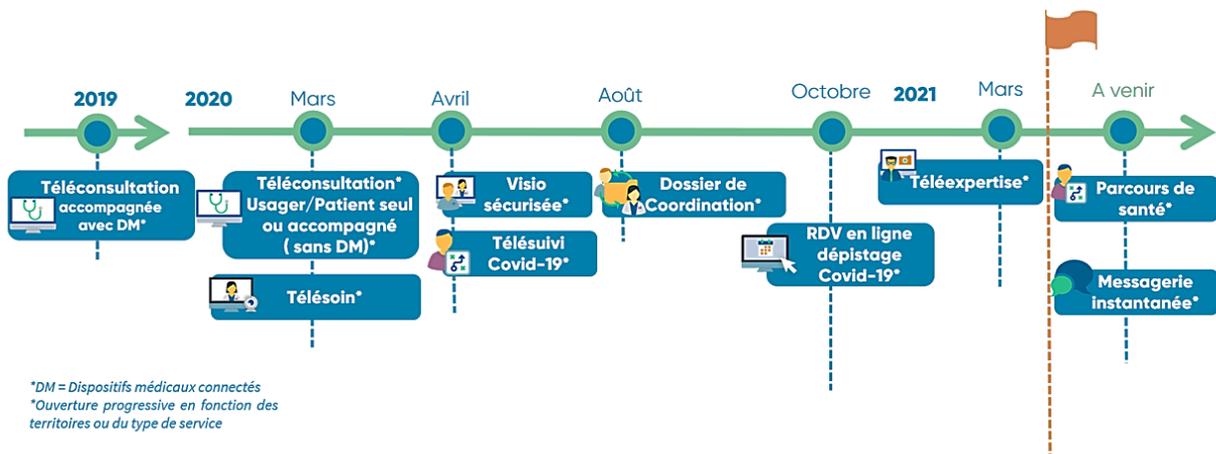


Figure 6 : Progression du programme PREDICE (source : PREDICE, ma santé Hauts-de-France)

Depuis le début des années 2010, de nombreuses plateformes sécurisées régionales de téléconsultation sont apparues dans le paysage de l'e-santé. En 2019, 21 plateformes régionales de télémédecine ont été recensées. *Annexe 1*

A cela s'ajoute les abondantes plateformes de sociétés privées qui ont vu progressivement le jour. Nous pouvons faire référence entre autres à Doctolib®, Hellocare®, Qare®, Mediaviz®, Livi®, Medadom®.

2) Émergence d'une pandémie à SARS- CoV-2

2.1) Épidémiologie

La fin d'année 2019 est marquée par la détection de premiers cas humains d'infection à un nouveau coronavirus, dit SARS-CoV-2 dans la région de Wuhan. Le 31 décembre 2019, la Chine déclare officiellement avoir découvert une nouvelle forme de pneumonie virale dont la transmission interhumaine est confirmée. (21)

Le 24 janvier 2020, les trois premiers cas sont officiellement enregistrés en France.

L'état d'urgence sanitaire est décrété par l'OMS le 30 janvier 2020 qui publie des recommandations sur le placement en quarantaine de la population pour endiguer la propagation du virus.

Le 11 mars 2020, face à la propagation inédite de ce virus, l'OMS qualifie cette menace sous le terme de pandémie. (22)

Le 17 mars 2020, la France entre dans ce qu'on appellera plus tard son premier confinement, avec interdiction des déplacements sauf pour l'achat de produits de première nécessité, la fermeture des commerces non essentiels et des écoles, la généralisation du télétravail. La France déplore alors 7.730 cas et 175 morts. Un bilan qui s'accroîtra progressivement au cours des mois suivants, jusqu'à atteindre 483 556 595 cas confirmés dans le monde au 30 mars 2022 dont 200 841 187 en Europe. 6 132 461 décès seront comptabilisés dont 1 936 287 en Europe. (23)

2.2) Mise en place de stratégies de santé exceptionnelles

L'épidémie de COVID-19 a imposé la mise en place de mesures sanitaires strictes dans le but de limiter l'exposition et la propagation interhumaine du virus. Cela a entraîné des répercussions sur l'organisation des soins de premiers recours. En effet, la fréquentation des cabinets médicaux s'est effondrée au cours du premier confinement, notamment par crainte des patients d'être contaminés dans les structures de soins. *Annexe 2*

Pour poursuivre les soins médicaux essentiels, il a fallu réfléchir à un moyen permettant de conserver le lien avec les patients et notamment les plus fragiles. La consultation à distance s'est avérée être une réponse face à cette problématique. Une étude réalisée en juin 2020 auprès de 1200 médecins généralistes libéraux montre que 75% d'entre eux ont assimilé la téléconsultation dans leur pratique dès le début de l'épidémie de coronavirus, alors que moins de 5% en réalisaient avant. (24) Pendant la semaine du 23 au 29 mars 2020, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a facturé près de 500 000 actes de téléconsultation. Avant la pandémie, les chiffres se situaient aux alentours de 11 000 actes recensés par semaine. (25)

La crise sanitaire a précipité le recours à la télémédecine pour :

- assurer la continuité des soins durant cette période de bouleversement du quotidien de chacun
- limiter l'exposition au risque de contamination des soignants et des patients.

De nombreux articles internationaux présentent la télémédecine comme une des solutions pour faire face à une crise sanitaire. (26)

Dans ce contexte inédit, de nouvelles méthodes de soins se sont développées afin d'assurer la prise en charge des patients touchés par la COVID, maintenir le suivi des patients atteints de maladies chroniques et les soins classiques. Ainsi, les pouvoirs publics ont largement encouragé la télémédecine et l'assurance maladie y a contribué en assouplissant les règles de facturation et d'usage de la téléconsultation. (27)

Face à ce défi, la téléconsultation assistée, une des composantes de la télémédecine, a paru être un outil pouvant répondre à la demande de soins des patients. Différentes études ont exploré l'opinion et les représentations des médecins généralistes sur la téléconsultation (28), qu'en est-il de la téléconsultation assistée ? Que pensent les professionnels de santé de cette pratique récente ?

3) Question de recherche et objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'analyser le ressenti de professionnels de santé, exerçant au sein de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) de la région Hauts-de-France, au sujet des téléconsultations assistées effectuées au cours de la pandémie de COVID-19. Il s'agissait de recueillir leurs expériences et vécus à propos de cette pratique.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins et facteurs influençant son usage dans la pratique quotidienne.

Le but étant de clarifier les attentes des différents acteurs de soins impliqués dans la prise en charge d'un patient afin d'améliorer cette nouvelle forme de consultation.

Matériel et méthodes

1) Type d'étude

Cette étude a été conçue sur le principe d'une recherche qualitative à partir d'entretiens collectifs, sous forme de focus groups. L'objectif était d'analyser une perception, un ressenti, des expériences individuelles à propos d'un événement particulier.

2) Population étudiée et recrutement

Nous avons inclus des professionnels de santé actifs, à savoir des médecins généralistes installés, remplaçants ou assistants, des infirmiers, des infirmiers en pratique avancée, des pharmaciens et des masseurs kinésithérapeutes, exerçant en MSP.

Le recrutement s'est fait par contact mails et appels téléphoniques auprès de différentes MSP, à partir d'une liste établie par la Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France (FEMAS). Différents acteurs de santé ayant participé aux TCA ont été conviés à cette étude.

Quatre focus groups ont été réalisés sur la période de février à juillet 2021 permettant d'obtenir une saturation des données. Un tableau Excel® partagé entre chacun des participants leur permettait de choisir une date de participation selon leurs disponibilités et les groupes ont ainsi pu être formés.

3) Les entretiens

3.1) Définition et élaboration des focus groups

Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe collectif semi dirigé et modéré par un animateur neutre, qui lançait le débat et coordonnait les échanges entre les participants. La thésarde avait pour rôle de présenter le sujet de thèse puis d'observer sans intervenir. Les groupes de discussion étaient hétérogènes. Les individus n'avaient pas les mêmes caractéristiques (sexe, âge, profession) mais étaient tous concernés par la question de recherche. Chaque groupe devait être composé de 5 à 10 participants.

3.2) Le guide d'entretien

Un guide d'entretien avait été élaboré en amont pour lancer le débat et animer les focus groups après présentation individuelle de chacun des participants. *Annexe 3*

Il se composait de la question ouverte suivante :

« Depuis le début de la pandémie de Covid-19, pouvez-vous partager ensemble quelles ont été vos expériences au sujet des téléconsultations assistées et en débattre ? »

3.3) Déroulement des entretiens

Les quatre focus groups ont eu lieu entre février et juillet 2021 et ont été réalisés par visioconférence, en raison des mesures sanitaires, au moyen du logiciel Zoom ®.

Les participants étaient informés que l'entretien serait enregistré, retranscrit puis anonymisé et leur accord oral était alors recueilli.

L'enregistrement était double, à l'aide d'un dictaphone classique et par l'enregistreur du logiciel Zoom ®, permettant de reVISIONNER l'entretien.

Le débat était initié par l'animateur, il gérait la dynamique des groupes avec des questions de relance, faisait approfondir les idées, reformuler les expressions et gérer le temps. Après chaque entretien, un débriefing entre l'animateur et la thésarde était organisé permettant de synthétiser les opinions émises lors de l'échange.

4) Analyse des données

4.1) Retranscription des échanges

L'ensemble des enregistrements a été retranscrit mot à mot, en intégralité, de façon à obtenir un verbatim sur un fichier Word®. L'anonymisation des données s'est faite au cours de la transcription. Un extrait des verbatims est présenté en *Annexe 4*.

4.2) Codage des données

L'analyse des données a été effectuée par codage des verbatims à l'aide du logiciel N'Vivo® version Release 1.5.1 (940). Le codage consiste à décrire, classer et convertir les données. Il permet d'obtenir des codes qui sont regroupés en catégories puis en grands thèmes.

Dans cette étude, les codages ont été triangulés par un chercheur n'ayant pas participé aux focus groups et qui effectue une thèse cherchant à analyser le ressenti des patients sur les TCA. Chaque verbatim lui a été transmis pour effectuer un codage indépendant. Dans un second temps, a été effectué la mise en commun des différents codages au cours d'un entretien commun.

Résultats

1) Données concernant les entretiens

Différents acteurs de santé exerçant en MSP ont répondu présents à la demande de participation qui leur a été formulée.

Quatre focus groups ont été réalisés entre le 11 février et le 15 juillet 2021 et ont permis de réunir 27 participants. Les entretiens ont duré entre 1heure 32 pour le plus long et 35 minutes pour le plus rapide. Les échanges ont été effectués par visioconférence au moyen du logiciel Zoom® et retranscrits sous forme de verbatim de manière chronologique. Chaque participant est désigné par la lettre M suivi d'un chiffre selon son ordre chronologique de participation. Ainsi, M1 correspond au premier intervenant. L'animateur des groupes est désigné par la lettre A et la thésarde par la lettre T. La saturation des données a été obtenue à l'issue du quatrième échange.

2) Caractéristiques de l'échantillon

S'agissant d'une étude qualitative réalisée auprès d'acteurs de santé de professions différentes, le but a été d'obtenir des groupes hétérogènes quant à leur fonction afin d'obtenir les points de vue de chacun selon leur domaine propre, mais également selon leurs interactions avec les autres membres du parcours de soins d'un patient.

2.1) Professions

14 médecins généralistes ont participé à cette étude dont 10 médecins installés, 3 médecins assistants et un médecin remplaçant régulier d'une MSP.

Ont été inclus également 7 infirmiers diplômés d'Etat et 2 infirmières en pratique avancée.

A cela, il s'ajoutait 2 masseurs kinésithérapeutes et 2 pharmaciennes.

2.2) Sexe

L'ensemble des groupes d'échange a réuni 12 hommes et 15 femmes.

2.3) Age

L'âge des professionnels interrogés s'étalait de 30 à 61 ans.

2.4) Zone d'exercice

Les participants recrutés exerçaient au sein de 7 MSP différentes dont 4 se situent en milieu urbain, 2 en milieu rural et 1 en milieu semi urbain.

2.5) Tableau récapitulatif

	Participants	Professions	Sexe	Tranche d'âge	Zone d'exercice
Focus group 1	10	4 médecins généralistes installés 1 médecin généraliste assistant 3 infirmiers 2 kinésithérapeutes	5 hommes 5 femmes	30-48 ans	6 en milieu urbain 4 en milieu rural
Focus group 2	7	4 médecins généralistes installés 1 médecin généraliste assistant 1 infirmière 1 infirmière en pratique avancée	4 hommes 3 femmes	32-61 ans	4 en milieu urbain 3 en milieu semi urbain
Focus group 3	5	1 médecin généraliste installé 1 infirmière en pratique avancée 2 pharmaciennes 1 infirmière	5 femmes	35-42	1 en milieu urbain 3 en milieu rural 1 en milieu semi urbain
Focus group 4	5	1 médecin généraliste installé 1 médecin généraliste assistant 1 médecin généraliste remplaçant 2 infirmiers	3 hommes 2 femmes	30-55	4 en milieu urbain 1 en milieu rural

3) Analyse thématique

3.1) Place de la téléconsultation assistée en médecine générale

3.1.1) Une situation sanitaire inédite à l'origine de l'accélération de cette pratique

La fin d'année 2019 a vu émerger un nouveau virus s'étant rapidement propagé sur l'ensemble des territoires. Face à ce contexte sanitaire, les autorités de santé ont pris des décisions pour limiter la propagation de ce virus, notamment au moyen de confinement de la population. Ainsi, l'usage était de limiter un maximum les contacts interhumains et la TCA a alors semblé être une mesure permettant la poursuite des soins médicaux.

➤ Une pratique méconnue avant l'épidémie

Au cours d'un échange, un médecin remplaçant a avoué un manque d'information portée à sa connaissance sur ce type de consultation.

M23 : « *Moi c'est la première fois que j'en entendais parler [...] C'est récent ou c'est... Parce que je... je ne savais pas en fait, je pensais pas qu'on pouvait faire ça. »* »

➤ Une mesure instaurée en urgence

Face à cette situation inédite, les professionnels de santé ont dû réagir rapidement pour répondre à la demande de soins.

M3 : « *La situation fait que la téléconsultation a dû se développer très vite et en très peu de temps en fait.* »

M13 : « *Le Covid a tout chamboulé et tout s'est accéléré.* »

M24 : « *Ça été quelque chose qui a été fait un peu dans l'urgence par rapport à la situation sanitaire.* »

➤ Eviter les contacts

Afin de limiter le risque de transmission interhumaine du virus, plusieurs soignants et notamment des médecins ont limité leurs consultations au cabinet ou même en visite à domicile.

M4 : « *On en a fait pas mal au premier confinement, c'est vrai qu'on a essayé de tous diminuer le contact le plus possible avec les patients pour les protéger parce qu'on allait forcément être les vecteurs pendant le confinement.* »

M22 : « *C'était à la demande des médecins parce que ceux-ci ne se déplaçaient pas au domicile des patients.* »

3.1.2) Du temps libre à la suite de la désertification des cabinets médicaux en période de confinement

Plusieurs médecins ont expliqué avoir vu leur activité au cabinet fortement chuter à la suite des annonces gouvernementales imposant le confinement généralisé.

➤ Du temps libre pour se réorganiser

M4 : « *Au premier confinement on avait beaucoup de temps, faut quand même être honnête, on avait même tous le temps de le faire parce qu'on a arrêté les soins pour maintenir le peu de soin qu'on voulait faire.* »

➤ Une organisation nouvelle

Face aux restrictions sanitaires et à la situation épidémique inédite, les professionnels de santé ont dû réfléchir à des solutions pour proposer une offre de soins adaptée à leurs patients.

M13 : « *Il a fallu prendre des mesures d'urgence et le souvenir de cette période, c'est qu'on n'avait jamais autant travaillé en voyant si peu de malades parce qu'il fallait installer plein de choses.* »

3.1.3) Une réponse à la demande de soins en période de crise

➤ Une solution rapide

Plusieurs soignants ont estimé qu'il s'agissait d'un outil permettant d'apporter des réponses rapides aux patients.

M27 : « *Sa prise en charge a été faite très rapidement.* »

➤ Un moyen d'assurer la continuité des soins

Il était évoqué au cours du premier groupe d'entretien, le risque de rupture de soins lié au confinement et un médecin estimait que la TCA était un outil permettant de l'éviter.

M4 : « *Maintenant s'il voulait continuer à avoir un contact avec son suivi et son médecin traitant et ben en fait on lui a proposé la téléconsultation assistée, c'était ça ou rien.* »

3.2) L'apport de la téléconsultation assistée pour les équipes soignantes et le patient

3.2.1) Les bénéfices de la téléconsultation assistée pour les professionnels de santé

➤ Une pratique rassurante dans un contexte de crise

Nombreux sont les professionnels de santé à avoir exprimé un sentiment rassurant vis-à-vis des téléconsultations assistées faites au cours de la pandémie de COVID-19.

M2 : « On était tous un peu ... un peu tendu et sous pression en tout cas personnellement je l'étais au début et heu... et je trouve que la mise en place des téléconsultations avec un professionnel a été quelque chose de très rassurant. »

Une infirmière disait : M9 : *« Alors moi je me suis sentie accompagnée, en sécurité en période de crise on va dire. »*

➤ Une simplicité d'usage

M24 : « *On avait une heure, un horaire. Il m'envoyait un lien par SMS et quand je suis arrivée chez la dame donc j'ai cliqué sur le lien et je l'ai eu directement, ça s'est très bien passé. »*

M7 : « *C'est vrai que c'était une solution facile pour nous et rapide. »*

Une infirmière disait : M11 « *On s'arrange avec eux. »*

M23 : « *J'ai pu avoir accès au dossier, lire un peu... avoir tous ses antécédents. »*

➤ Une réponse immédiate face à une problématique

La TCA a permis aux soignants de lever rapidement leur doute sur une interrogation ou une prise en charge d'un patient.

M3 : « *L'avantage aussi de la téléconsultation c'est l'instantanéité du truc. »*

M11 : « *Si on a un doute sur une prise de traitement ou sur un pansement et bah on peut tout de suite les appeler et ça c'est pas mal. »*

M4 : « *Ça permettait au moins en tout cas d'avoir une première conduite à tenir, de débloquer parfois certaines situations, avant de tous se précipiter au domicile du patient. »*

M24 : « *On peut la poser nous-même la question, et on a la réponse tout de suite du médecin, c'est... c'est un gros avantage. »*

➤ Un gain de temps

L'unanimité des participants estimait avoir gagné du temps grâce à ce procédé.

M7 : « *Ça permet aussi de libérer du temps médical pour le médecin et qu'il se déplace pas.* »

M3 : « *C'est un gain de temps énorme déjà.* »

➤ Une confiance partagée

La TCA étant un exercice partagé entre les différents professionnels de santé intervenants et le patient, il a fallu faire confiance à cette équipe de soins.

M27 : « *Le fait qu'il y ait aussi le COVID en rajoute... mais je trouvais qu'il y avait une part de manque de confiance et que, heureusement il y avait les infirmiers qui étaient là justement pour pallier à ça, un peu plus.* »

M17 : « *Donc l'avantage des IPA, c'est que nous on est formé à l'auscultation. Donc ça, par rapport au médecin, je pense que ça... ça a aidé dans la confiance.* »

M16 : « *Il va falloir que je vous fasse confiance, confiance à votre compétence, à un moment donné.* »

➤ Un travail d'équipe

La majorité des participants ont mis en avant le travail en collaboration pour assurer la prise en charge du patient.

M8 : « *Sinon je trouvais aussi que ça facilitait aussi la réflexion entre le médecin et l'infirmier. »*

M3 : « *Ça a évité le cloisonnement, ça a décloisonné, en fait. Au lieu d'être partitionné chacun dans son truc, là, ça a tout mélangé en même temps et du coup, ben c'est plus productif. »*

M4 : « *On est en prise en charge pluridisciplinaire quoi. »*

M20 : « *J'avais besoin d'un avis et donc on a pu ensemble décider de la thérapeutique. »*

M24 : « *Vous avez quand même le point de vue, l'appréciation de l'autre professionnel et ça peut être... je pense pour vous médecin plus enrichissant et pour nous, infirmière, puisque je parle pour moi, également puisqu'on a vraiment le médecin en direct et on peut... on peut vraiment cerner les problèmes. »*

➤ Acquisition de nouvelles compétences et responsabilités

Face à ce mode de consultation original, il a fallu acquérir de nouvelles compétences, de nouveaux apprentissages.

M7 : « *On a appris à manipuler des choses qu'on ne manipulait pas [...] on a appris plein de choses.* »

M22 : « *C'était un nouveau mode de communication envers le patient et le médecin traitant [...] ça me faisait une expérience professionnelle en plus.* »

M1 : « *C'est aussi la force de la téléconsultation assistée hein le ressenti de l'infirmier ou du kiné [...] C'est que ça a quand même responsabilisé beaucoup plus que d'habitude, euh ... les paramédicaux.* »

➤ Une reconnaissance du travail effectué

La TCA a permis de mettre en lumière le travail d'équipe qui existait déjà auparavant mais qui se faisait dans l'ombre du cabinet médical.

M16 : « *Ça nous apporte aussi une reconnaissance de tout le travail que les équipes de soins peuvent faire, que les différents professionnels de santé libéraux peuvent faire qui n'est pas un travail à l'acte rémunéré euh... uniquement pour une présence à une consultation physique.* »

M25 : « *Ben justement, la téléconsultation permet de revaloriser le travail.* »

➤ Une valorisation financière appréciée

M16 : « *La téléconsultation est une consultation qui est rémunérée à hauteur d'une consultation pour le médecin généraliste, il y a le télésoin pour l'infirmier qui est rémunéré aussi.* » « *J'ai vécu très positivement le fait qu'enfin, on puisse se faire payer pour les téléconsultations.* »

3.2.2) Les bénéfices de la téléconsultation assistée pour les patients

➤ Un accompagnement renforcé et apprécié

L'unanimité des participants a affirmé que la TCA a été une pratique aimée des patients et qui a su les rassurer dans ce contexte inédit.

M4 : « *Je pense qu'ils étaient plus confortables d'avoir l'infirmier à leurs côtés au moment de la téléconsultation, que les téléconsultations qu'on a pu faire seul, avec le patient seul de l'autre côté de l'écran.* »

M1 : « *Vis à vis du patient, moi j'ai toujours eu l'impression que le patient était très content, était très content d'avoir pas une seule personne face à lui mais avoir une équipe face à lui euh... c'est vraiment un truc d'avoir vraiment un cadre protecteur.* »

➤ Un service rendu aux patients

Plusieurs professionnels ont indiqué que cette pratique permettait de répondre à une demande de soins non programmés d'un patient.

M19 : « *Ça dépanne [...] une solution à leur problème, et ça leur convenait.* »

M18 : « *Ben c'est pour trouver une solution aux gens.* »

➤ Une facilité d'accès

M11 : « *Ça évite aussi aux patients de se déplacer juste pour une petite consultation, juste pour montrer une plaie.* » »

M13 : « *Cette dame ben au lieu d'avoir fait 1h30 de trajet en voiture, elle a fait 5 kilomètres de son village pour venir à la maison de santé, pour être en consultation avec un néphrologue et une gentille infirmière.* »

➤ Un interlocuteur abordable

La TCA permettait également aux patients de poser plus facilement leurs questions, d'exposer leurs craintes en étant assistés d'un professionnel à l'écoute.

M20 : « *Le patient se sent au moins entendu quand même [...] il sait qu'il y a un avis médical et que l'infirmière ne prend pas ses décisions seules.* »

M22 : « *Ça leur a permis en plus de pouvoir poser des questions qu'ils n'auraient peut-être pas osé poser à leur médecin sans ma présence.* »

➤ Un outil dans la lutte contre la rupture du parcours de soins d'un patient

La crainte des acteurs de soins, durant les restrictions sanitaires strictes imposées par le recours au confinement, était la rupture du lien avec leurs patients et notamment les plus fragiles d'entre eux. Le risque était le retard de prise en charge par peur des patients d'être contaminés par le virus en côtoyant le milieu médical.

M20 : « *Ça m'a permis de me mettre en lien avec le patient et d'éviter justement cette rupture de parcours et donc on a pu poursuivre les soins grâce à ce mode de fonctionnement.* »

M16 : « *L'infirmier, lui, il avait un portable, il pouvait [...] être la personne qui va amener la technologie chez le patient pour éviter sa rupture de parcours de soins.* »

➤ Une éventuelle solution face aux déserts médicaux

La facilité d'accès à la TCA par un patient pourrait être une solution face à la désertification médicale de certains territoires.

M13 : « *Ça été un progrès dans le désenclavement, ce sentiment de désenclavement des territoires. C'est un outil de justice sanitaire.* »

Une pharmacienne disait, à propos d'une borne de téléconsultation installée récemment dans sa pharmacie : M19 : « *J'ai mis en place ce service parce que dans... depuis trois ans que je suis installée, j'ai eu près d'une dizaine de médecins qui sont partis à la retraite.* »

Bénéfices de la téléconsultation assistée :

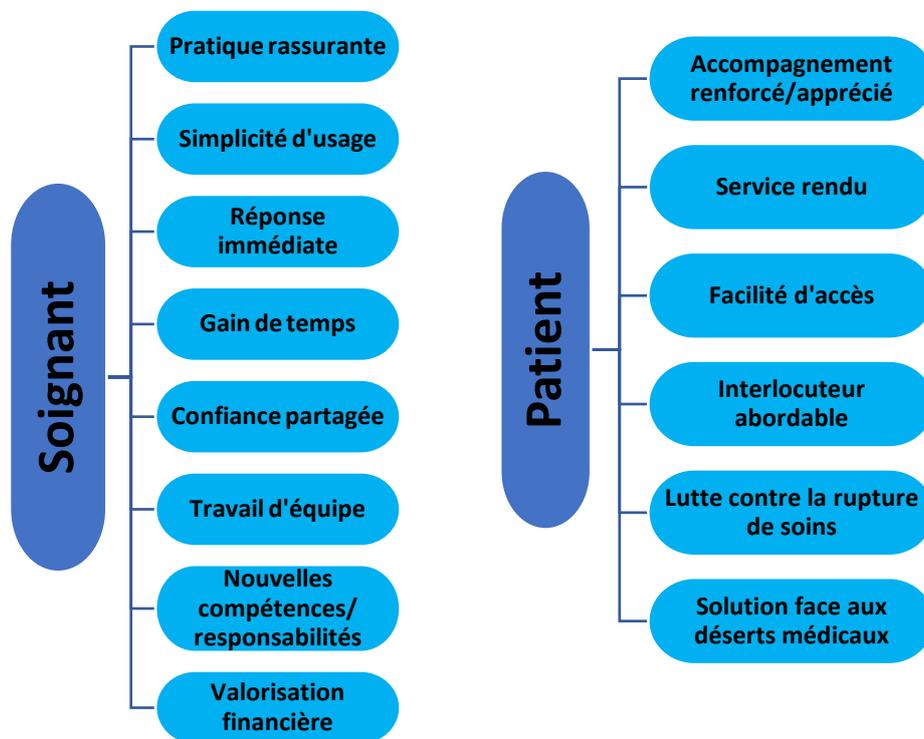


Figure 7 : Bénéfices de la TCA pour chacun des participants

3.3) Un mode d'exercice apprécié mais qui pourtant s'épuise

3.3.1) Les freins à son usage

➤ Un retour aux vieilles habitudes

La majorité des participants ont reconnu avoir abandonné cet exercice au profit d'un retour aux consultations habituelles au moment de l'allègement des restrictions sanitaires.

M7 : « *Il y a des choses qui, à mon avis, ont été faites pendant cette période-là et on a tous repris un peu notre train-train.* »

M24 : « *On n'en parle plus trop parce que maintenant les gens se redéplacent, les médecins se redéplacent et du coup, on en a moins besoin.* »

M21 : « *C'est pas la médecine que j'ai apprise.* »

➤ Des contraintes d'organisation et de disponibilité

Avec la fin du confinement et la reprise progressive de l'activité de soins dans les cabinets médicaux, il est rapporté par les différents intervenants, un épuisement de ce modèle en raison de sa logistique complexe.

M7 : « *Pour moi c'est vraiment une chose compliquée, c'est ça c'est l'organisation interne.* »

M4 : « *Une contrainte que je dois rajouter dans mon agenda. »*

M3 : « *Je sais que les médecins euh... n'ont plus les créneaux, parce que la dispo n'est plus du tout la même. »*

➤ Un sentiment d'inachevé

Plusieurs médecins ont eu l'impression d'exercer une clinique incomplète, à l'origine d'une incertitude diagnostique.

M25 : « *Il manquait vraiment l'auscultation pulmonaire, ce qui pour moi était un gros frein et une source d'inquiétude [...] j'aime beaucoup la clinique. »*

M21 : « *Pour moi, la médecine c'est toucher, on touche le patient. »*

M12 : « *La clinique, je préfère quand même la faire en vrai. »*

➤ Un défaut d'adhésion des patients

Le manque de motivation des patients face à cet exercice a été imputé comme responsable de son déclin d'usage.

M4 : « *Ils sont pas demandeurs, ils sont pas forcément emballés même si pour autant ça c'était bien passé. »*

M8 : « *Après, on a aussi arrêté par manque de motivation de la part aussi des patients. »*

➤ Un manque de moyens humains et techniques

Les participants ont exprimé avoir rencontré quelques difficultés au cours de leurs expériences de téléconsultations assistées, notamment en raison de problèmes de connexion internet.

M16 : « *Le problème de l'accès au numérique, aux nouvelles technologies, c'est aussi quelque part un facteur de rupture du parcours de soins d'un patient.* »

M4 : « *Disons que quand on est à la campagne et que la couverture réseau est un problème.* »

M3 : « *On n'est pas assez nombreux.* »

3.3.2) Les pistes envisagées pour pérenniser cette pratique

➤ Un acte médical à intégrer à part entière

Une des solutions pour poursuivre cette pratique serait de l'intégrer dans sa pratique courante au même titre que les autres modes de consultations.

M4 : « *Ça ne peut pas marcher tant qu'on ne la considère pas comme un acte tel quel. Il faut que ça devienne un acte comme la visite, tout comme la consultation [...] ça devrait être une mœurs d'activité.* »

➤ Définir son usage

La problématique autour de son indication a été relevée de nombreuses fois par les intervenants.

M21 : « *Je pense que ça peut être un bon outil dans certaines situations mais il faut que ça soit bien identifié.* »

M2 : « *À mon avis, la première étape, ça pourrait être de circonscrire les motifs de consultation où c'est utile pour le patient.* »

M18 : « *On est en train de faire un dossier sur la fin de vie, donc ça, ça pourrait être intéressant quand même.* »

➤ Etablir des protocoles

L'ensemble des soignants participants se sont accordé sur la nécessité de définir des motifs de consultation se prêtant à ce modèle, ainsi que le rôle de chacun au cours de sa pratique.

M25 : « *Peut-être que justement en créant des protocoles, en listant les motifs pouvant faire appel à la téléconsultation assistée, on y penserait peut-être plus facilement.* »

M24 : « *Je pense qu'on peut avoir au sein des MSP avec des réunions [...] un projet de santé au niveau de la MSP à mettre en place.* »

➤ Développer l'usage de nouvelles technologies, outils et pratiques

Les sujets de l'étude se sont entendus sur le fait que l'avenir de la TCA résidait probablement dans l'usage complémentaire d'outils connectés et le développement de nouvelles compétences notamment au travers de la formation d'infirmières en pratique avancée.

M3 : « *Un stétho connecté ça doit être vachement bien en téléconsultation parce que comme ça, on a l'auscultation à distance avec un médecin et c'est vrai que je me suis dit ça pourrait être un outil intéressant.* »

Une pharmacienne disait : M19 : « *J'ai un dermatoscope, un otoscope, un tensiomètre euh... un thermomètre et un oxymètre de pouls à disposition.* »

M27 : « *Moi, je trouve que le fait d'avoir en MSP, une infirmière en pratique avancée permettra justement d'améliorer en fait euh... d'améliorer ça. Parce qu'on aurait directement une auscultation.* »

➤ Favoriser la promotion de la téléconsultation assistée

Le manque de communication autour de cet exercice nouveau a été relevé à de nombreuses reprises et certains professionnels de santé estimaient qu'un travail d'information de la population restait à effectuer.

M4 : « *Il y a aussi toute une gestion politique derrière où malgré toute cette situation de crise qu'on a traversé, on n'a jamais vu de promotion de la e-santé pour que les gens continuent de se soigner.* » « *Est-ce que les maisons de santé ne peuvent pas communiquer, faire une communication sur ce type de pratique ?* »

Un médecin affirmait « *Quelque part c'est le problème de l'ARS, c'est le problème des politiques de santé.* » M21.

➤ L'enseignement de cette pratique pour les professionnels en devenir

L'enseignement des étudiants en santé à cet outil a semblait être pour les participants de l'étude, un moyen de former les professionnels pour pérenniser son usage.

M13 : « *Dans l'enseignement de la médecine générale, la télémédecine a largement sa place et des valeurs qu'elle véhicule qui peut être l'interprofessionnalité, le partage des compétences, le travail d'équipe...* » « *La télémédecine devrait être dans l'enseignement de soins premiers.* »

M21 : « *Voilà, je voudrais pas être dépassée parce que [...] j'ai pas appris ça dans mes études.* »

➤ Un enjeu pour l'avenir

Quelques réflexions ont suggéré des pistes d'évolution de cette pratique nouvelle.

M21 : « *Peut-être que c'est l'avenir, je sais pas, donc il va falloir s'y mettre.* »

M23 : « *On peut faire développer tout un réseau de soins en téléconsultation.* »

M12 : « *On avait abordé l'idée aussi des travailleurs sociaux qui peuvent être mis en lien avec les téléconsultations.* »

Un modèle qui s'épuise

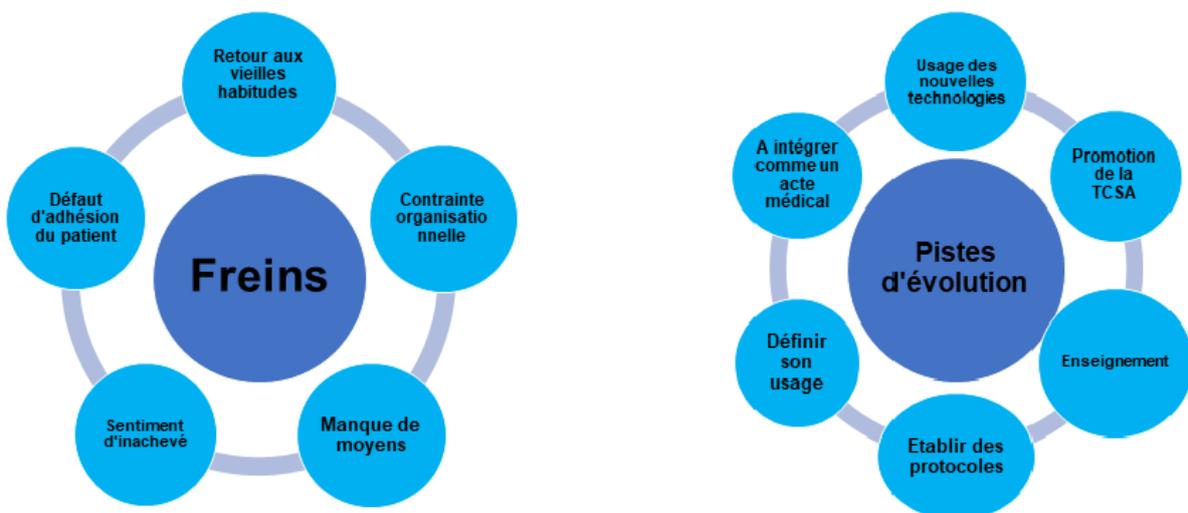


Figure 8 : Freins et pistes d'évolution de la TCA

Discussion

L'objectif de ce travail était d'analyser le ressenti de professionnels de santé exerçant au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Hauts-de-France, au sujet des téléconsultations assistées réalisées au cours de la pandémie de COVID-19.

1) Rappel des résultats

Concernant la téléconsultation assistée, les participants se sont accordés sur le fait qu'il s'agit d'une pratique ayant permis de répondre à la demande de soins des patients dans un contexte d'urgence sanitaire inédit. Par ce moyen, la continuité des soins a pu être garantie. Elle est également à l'origine d'une nouvelle forme de relation centrée sur le patient, on parle de triade patient-médecin-soignant. Le travail d'équipe est ici valorisé.

Les professionnels de santé définissent la TCA comme une pratique rassurante, simple d'usage permettant de répondre rapidement à une problématique rapportée par un patient. Elle nécessite d'acquérir de nouvelles compétences et induit de nouvelles responsabilités. Ils estiment qu'il peut s'agir d'un outil contre la rupture de soins de certains patients ou encore d'une solution face aux déserts médicaux.

Concernant les champs d'application, les intervenants pensent que cet outil peut être utile dans le suivi des traitements, pour les renouvellements, pour le suivi de plaies notamment et souhaiteraient que des motifs de consultation éligibles à cette pratique soient répertoriés.

Cependant, la fréquence de réalisation des TCA s'est fortement réduite au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie et de la levée des restrictions sanitaires. Il est évoqué comme freins à sa poursuite, le manque de moyens humains et techniques (notamment l'outil informatique), l'incertitude diagnostique (induit par un examen clinique dit incomplet), des difficultés d'ordre organisationnel (synchronisation des plannings médecins-soignants) et le retour aux consultations dites classiques par habitude.

Enfin, pour favoriser l'usage des TCA, les participants ont estimé qu'il faudrait promouvoir cette pratique en menant des campagnes de communication sur celles-ci, en développant l'usage des nouvelles technologies au quotidien et aussi en établissant des protocoles à son usage.

2) Critique de l'étude

2.1) Forces de l'étude

2.1.1) Un sujet innovant

L'épidémie de COVID19 a précipité la mise en œuvre de l'offre de soins par téléconsultation assistée. Il s'agit d'une pratique récente basée sur une triade patient-soignant-médecin. Il nous est paru novateur de porter notre réflexion sur cette dernière.

C'est un sujet inédit car peu de travaux se sont réellement intéressés à l'expérience vécue des soignants concernant leur pratique de la téléconsultation assistée pendant la crise sanitaire. Bien que plusieurs études concernant la téléconsultation aient été réalisées avant et pendant cette période, peu se sont intéressés à cette pratique assistée d'un autre professionnel de santé. Une thèse de médecine générale soutenue en 2021 analysait les expériences de membres d'institutions de type Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ayant déjà effectués ou non ces TCA (29). Elle explorait le ressenti des infirmiers de ces structures sur ce type de consultation. Une thèse de médecine générale soutenue en novembre 2020 analysait les attentes et représentations des infirmiers et médecins généralistes de la presqu'île de Quiberon au sujet de la TCA. (30)

L'intérêt de ce travail réside dans le fait qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, à propos d'une nouvelle forme de consultation, qui inclut différents professionnels de santé et qui permet la promotion du travail pluridisciplinaire. L'essor de la télémédecine ces dernières années et notamment la création récente de cotations pour les médecins, infirmiers et pharmaciens font de cette pratique une nouveauté dans l'offre de soins.

Cette étude a permis de faire un état des lieux sur ce nouveau mode d'exercice médical à travers l'opinion des acteurs de soins. Cette étude est complémentaire du travail de thèse qui explore le ressenti des patients vis-à-vis de cette pratique.

2.1.2) La méthode qualitative par focus group

Ce travail cherchant à analyser des expériences vécues et étant dans une démarche de compréhension de perceptions, la méthode d'analyse qualitative a semblé être la plus adaptée pour répondre à la question de recherche. Le choix de recueillir les données par focus group a été privilégié afin d'obtenir des informations riches dans un délai rapide et pour que les participants puissent confronter leurs expériences entre eux. La méthode des focus groups ou entretiens collectifs est une méthode de recherche qualitative utilisant le débat entre les participants pour recueillir leur point de vue sur un nombre de questions limitées et définies à l'avance. Elle permet également d'identifier des freins ou des éléments facilitateurs, de formuler des hypothèses. Elle est basée sur une dynamique de groupe. (31)

Le choix de cette méthode était donc bien adapté à notre objectif.

2.1.3. Qualité de l'étude

Une saturation des données a été obtenue à l'issue des quatre focus groups, avec absence de nouvelles idées formulées lors du dernier échange.

Le double codage et la triangulation des données ont permis d'accroître la validité interne de l'étude et réduire le biais d'interprétation.

Le choix de l'animateur détermine également la qualité des résultats obtenus. Il s'agissait d'un médecin généraliste, Professeur Associé de médecine générale, Maître de stage universitaire du Département de Médecine Générale de Lille, habitué à encadrer ce genre d'échanges, en veillant à ce que chacun participe, en reformulant régulièrement la question posée, sans émettre son opinion.

Pour une critique neutre de notre étude, une grille de lecture COREQ a servi de support. Elle est définie par 32 critères de qualité (32). Une analyse de notre étude selon la grille COREQ est présentée en *Annexe 5*.

2.1.4) Population et environnement favorable

La qualité des résultats dépend également du choix des participants. Notre étude s'est basée sur un panel varié en termes de professions (médecin généraliste, infirmier, infirmier en pratique avancée, masseur-kinésithérapeute, pharmacien), sexe (15 femmes et 12 hommes), âge (30 à 61 ans) et secteur géographique (15 membres exerçant en milieu urbain, 8 en milieu rural et 4 en milieu semi-urbain). Cette diversité de profils a permis de recueillir un nombre important d'informations sur cette pratique et d'émettre des hypothèses. Dans chacun des groupes, certains des intervenants se connaissaient entre eux, ce qui a pu aider à la libre expression de chacun dans une atmosphère détendue.

2.2) Faiblesses de l'étude

2.2.1) Pas d'extrapolation possible

Les résultats d'une étude par focus group ne peuvent pas être généralisés. Ces derniers concernent des MSP de la région Hauts-de-France et ne sont par conséquent pas extrapolables à d'autres territoires ou d'autres structures de soins puisque les besoins et problématiques ne sont pas systématiquement les mêmes.

Ici, les groupes n'ont pas été constitués dans un but de représentativité de la population mais dans un but de recueil d'opinions.

2.2.2) Difficultés organisationnelles

Il n'a pas été aisé de réunir l'ensemble des participants pour les échanges. Déterminer des dates et une heure qui conviennent à tous a limité le nombre d'intervenants. Le manque de temps et la surcharge de travail ont été les principales raisons évoquées.

Toutefois, nous avons le nombre recommandé par la littérature dans chacun des focus groups (33).

2.2.3) Question principale non testée au préalable

La pertinence des résultats dépend de la qualité de la question posée. Nous ne nous sommes pas assurés au préalable de la bonne formulation de la question de recherche auprès d'experts extérieurs à notre étude.

Cependant, la question a été révisée et reformulée avec l'aide de l'animateur des groupes, celui-ci ayant reçu une formation à l'exercice de ce type d'étude qualitative.

2.2.4) Les biais

Il existe un biais de sélection car le recrutement n'a pas ciblé l'ensemble du territoire de la région Hauts-de-France de façon homogène. Le recrutement s'est fait par contact mail des secrétariats des MSP de la région quand cela était possible ou par appel téléphonique à partir d'une liste établie par la FEMAS.

Les personnes ayant accepté de participer à l'étude étaient forcément des personnes intéressées par le sujet. Il aurait été intéressant d'examiner la population des non-répondeurs afin de savoir si c'était par absence de pratique de la téléconsultation assistée ou pour d'autres motifs.

Aussi, on constate une disparité d'âge. La tranche des 30-50 ans est très fortement majoritaire, on dénombre trois participants de plus de 50 ans. Cela peut montrer un intérêt supérieur des plus jeunes pour ce type de consultations, une envie réelle des jeunes générations de moderniser et de faire évoluer leurs pratiques, notamment en adhérent à la TCA.

La population étudiée se limitait aux professionnels de santé exerçant en MSP. Il s'agissait donc de personnes ayant l'habitude de travailler en collaboration, d'établir des projets de soins avec des intervenants qu'ils connaissent bien, ce qui pourrait les rendre plus enclins à pratiquer la téléconsultation assistée comme un exercice pluriprofessionnel. La majorité des téléconsultations assistées effectuées au sein des sept MSP ayant participé à notre étude était faite entre le médecin généraliste et l'infirmier ou le kinésithérapeute installés au sein de la MSP. Cela suggère que cette pratique pourrait se développer davantage sur le territoire national au sein des MSP. Les membres de ces structures ont pour habitude de travailler en collaboration à travers les actions de santé publiques qu'ils y mènent conjointement. Ils pourraient intégrer la TCA comme un projet commun d'offre de soins en créant des protocoles et en les développant au sein des CPTS.

Par ailleurs, tous les participants de cette étude n'avaient pas effectué le même nombre de TCA. Une infirmière n'avait eu qu'un usage unique de cette pratique. Ces disparités d'expérience engendraient une connaissance inégale de la TCA par les différents intervenants et cela a pu influencer la perception de chacun.

Aussi, deux participants (un médecin généraliste et une pharmacienne) ont participé au débat comme étant motivés par la TCA mais non encore mise en place de façon effective dans leur structure. Cela n'a eu que peu d'influence sur les résultats du fait de leur participation moindre aux échanges et leur avis portait uniquement sur les perspectives d'évolution de cet acte. Cela a permis de redynamiser les échanges.

Enfin, nous connaissions également certains des participants ce qui a pu engendrer un biais mais peut-être aussi libérer la parole. Certains étaient même habitués à se réunir, d'autres étaient associés. Il semblerait que cela ait facilité les échanges.

3) Confrontation des résultats aux données de la littérature

3.1) Avantages de la téléconsultation assistée

3.1.1) Une nouvelle relation en triade centrée sur le patient

Plusieurs travaux de recherche interrogeant les patients au sujet de la téléconsultation dévoilent leurs craintes face au risque de perdre cette relation singulière médecin-patient et la déshumanisation de la médecine par l'usage d'outils connectés. La thèse du Dr Estelle Roger, soutenue en mars 2021, analysant les représentations et préjugés de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation, montrait que ces derniers regrettaient la perte de la relation médecin-patient (34). Les principaux obstacles évoqués à la téléconsultation, dans une enquête auprès de médecins libéraux français en 2014, étaient aussi liés à la distanciation de la relation médecin-malade du fait d'une absence de contact direct (35).

La téléconsultation assistée d'un soignant adjoint la participation d'un tiers dans la relation traditionnellement binaire médecin-patient en consultation. Dans notre étude, plusieurs acteurs de soins ont souligné cette nouvelle relation centrée sur le patient comme une nouvelle relation de confiance à construire : M13 : « *il faut qu'il y ait la relation de confiance.* » La thèse d'exercice de médecine générale de Rose-Danielle Jouan et Hugo Lamy au sujet des téléconsultations, définit notamment l'infirmier comme « une prolongation du médecin [...], à la fois technique et humain » (36). Il crée le contact physique auprès du patient et joue un rôle direct de réassurance auprès de lui. Le rôle du soignant assistant le médecin, au chevet du patient lors de la téléconsultation, semble limiter la contrainte de la distance physique, décrite dans les précédents travaux de recherche.

Un médecin de notre étude rapportait au sujet des patients : « *je pense qu'ils étaient plus confortables d'avoir l'infirmier à leurs côtés [...], que les téléconsultations qu'on a pu faire seul, [...] qui pour le coup avaient l'impression qu'on bradait un peu la téléconsultation et qu'on bradait leur santé. [...] Ils étaient contents.* » Cela apporterait donc un bénéfice pour le patient mais celui-ci doit pouvoir en prendre conscience. Il faudrait donc une évolution de la mentalité des patients, un changement de leur perception sur cette relation traditionnellement binaire médecin-patient. Cela pourrait s'effectuer au moyen de campagnes publiques d'information et de communication sur cette pratique finalement peu connue.

3.1.2) Une plus grande coordination des soins

Comme l'estime Alexandre Mathieu-Fritz, sociologue du travail spécialiste de télémédecine et de télésanté, dans ses travaux (37), « la rencontre entre soignants et médecins lors de la téléconsultation favorise la mutualisation instantanée de savoirs et de savoir-faire de nature professionnelle ».

Les professionnels paramédicaux ayant participé à notre étude perçoivent la TCA comme un outil permettant une meilleure coordination des soins, par le contact direct entre ceux-ci, accompagnés du patient, et le médecin. Il s'agit d'un temps de dialogue où chacun peut s'exprimer. L'insuffisance de communication entre professionnels de santé peut entraîner une interruption dans la continuité des soins, pouvant occasionner un allongement du délai de prise en charge d'un patient (38). Les résultats d'une thèse de médecine générale étudiant la communication entre médecins généralistes et infirmiers sur le territoire de Maubeuge montrent que médecins et infirmiers favorisent l'appel téléphonique et ne semblent avoir de contacts directs que de manière occasionnelle (39). La TCA favorise cet échange entre professionnels en y dédiant du temps. Elle développe la coopération interprofessionnelle. Les infirmiers ayant ainsi accès aux informations médicales peuvent se sentir plus acteurs dans la prise en charge du patient. Nos intervenants témoignaient d'un renforcement du lien et du travail d'équipe. Un médecin disait : « *je pense que ça c'est les outils qui vont permettre de créer du lien au niveau des équipes soignantes* ».

Avant l'avènement de la TCA dans l'offre de soins, le travail de collaboration entre le médecin et l'infirmier s'effectuait déjà mais de façon moins formelle, notamment par appels téléphoniques ou ordonnances transmises indirectement. La TCA permet d'encadrer ce travail. Un participant disait : « *ça va être plus simple, plutôt que de balancer une ordonnance sur la table et attendre qu'il repasse faire son tour.* »

Ce temps d'échange au chevet du patient est à présent reconnu comme un acte dans la nomenclature et bénéficie donc d'une rémunération. Seulement, tous les professionnels de santé exerçant au domicile ou au contact du patient n'ont pas été inclus par cette mesure et peut-être faudrait-il créer une cotation pour chacun d'entre eux. Cela permettrait de faciliter le déclenchement d'une TCA, sous réserve que cela s'inscrive dans un protocole de coopération dans une MSP ou une CPTS. Un soignant disait : *« il y a aussi toute une réflexion à avoir autour de la valorisation financière de tout ce travail qui est développé, qui est à inventer, qui est réfléchi. Tous ces protocoles qu'on peut mettre en place, ces nouveaux outils qu'on va pouvoir utiliser, il faut aussi que quelque part il y a une reconnaissance. »* La reconnaissance du travail d'équipe passe également par une rétribution financière. Est-elle jugée suffisante par chacun des professionnels engagés au regard des difficultés organisationnelles qu'elle impose ? Est-elle en partie à l'origine de l'épuisement de sa pratique ?

3.1.3) Un outil de justice sanitaire

La téléconsultation a connu un essor majeur avec l'arrivée de l'épidémie de COVID-19 et les restrictions sanitaires qui en ont résulté. Elle a été développée par les politiques de santé comme une réponse aux nombreux défis auxquels fait face l'offre de soins : le vieillissement de la population, la fréquence des maladies chroniques, la désertification médicale. Elle a pour objectif d'offrir un accès plus facile aux soins.

Cependant, sa pratique peut s'avérer limitée, voire à l'origine d'inégalité dans la population. Plusieurs recherches ont étudié cette mesure notamment en amont de cette crise et ont mis en avant le risque d'inégalités d'accès à ce type de consultation. (40) Il s'agit notamment des personnes qui ne sont pas équipées informatiquement

(par souhait ou par manque de moyens financiers), celles qui ne maîtrisent pas l'outil informatique, les populations précaires. Comme le Comité National Pilote d'Ethique Du Numérique l'affirme dans son article, « les inégalités d'accès aux dispositifs numériques rencontrent les inégalités sociales, renforçant les inégalités sanitaires et territoriales. » (41) Rappelons que selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2019, une personne sur six n'utilise pas Internet et plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base. (42) La thèse du Dr Frédéric Hommes montre que ce sont les jeunes qui ont le plus recours à la téléconsultation. (43) Il semblerait que cette pratique soit peu adaptée chez certaines personnes âgées notamment, peu à l'aise avec les nouvelles technologies. Selon les recommandations du guide des bonnes pratiques de la télémédecine, élaboré par la HAS, il est indispensable de s'assurer des capacités physiques et psychiques du patient à communiquer à distance avant d'envisager la réalisation d'une téléconsultation. (18)

Notre étude montre que la téléconsultation assistée peut, par l'intermédiaire du soignant, gommer ces inégalités notamment en amenant la technologie et les connaissances techniques directement auprès du patient pour maintenir le lien avec son médecin et assurer la continuité des soins. Un médecin disait : « *l'infirmier, lui, il avait un portable, il pouvait [...] être la personne qui va amener la technologie chez le patient pour éviter sa rupture de parcours de soins* » ou encore : « *c'est quelque chose d'émouvant de voir des gens [...] qui auraient pu renoncer aux soins parce qu'ils habitaient loin.* » Une étude réalisée auprès de patients en 2012, montrent que 77% d'entre eux estiment que la télémédecine permet de compenser l'absence de médecin

dans les zones rurales. (44) La TCA a été ressentie par les soignants de notre travail, comme un nouvel outil pour lutter contre certaines insuffisances de soins.

Cette collaboration, pouvant être apportée aux déserts médicaux, a été évoquée à plusieurs reprises.

Les CPTS, regroupant les professionnels de santé d'un même territoire souhaitant s'organiser autour de projets de santé, pourraient aider ces derniers à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Elle permettrait de mettre en lien les professionnels libéraux pour répondre à la demande de soins d'un patient. Il faudrait pour cela mettre en place un moyen d'échange facilitant leurs communications, possiblement par la création d'une messagerie sécurisée. On pourrait envisager qu'un message soit envoyé à l'ensemble des professionnels pour répondre à une demande de téléconsultation assistée d'un patient. Selon les disponibilités de chacun et leurs réponses, celle-ci pourrait s'organiser plus facilement.

3.1.4) Un gain de temps et une réduction des déplacements pour les médecins

Parmi les bénéfices de la TCA rapportés par nos participants, est évoqué le gain de temps. Un médecin disait : « *c'était une super expérience, c'était aussi un gain de temps pour nous médecins.* » Ces résultats se retrouvent également dans la thèse d'exercice du Dr Paul-Antoine Guedj explorant les attentes et représentations des infirmiers et médecins généralistes de la presqu'île de Quiberon au sujet de la TCA. Ils affirmaient que cet outil pourrait permettre aux médecins de « s'affranchir des

contraintes liées aux visites à domicile, entraînant un gain de temps et une meilleure gestion du dossier médical. » (30) En 2019, des médecins lillois ajoutaient que la téléconsultation permettait, en plus du gain de temps, une réduction des déplacements et un confort pour eux comme pour les patients. (45) Nous retrouvons les mêmes résultats dans l'étude quantitative de Robin OBRY datant de 2021, qui affirme que la téléconsultation plaisait également aux médecins en raison de la réduction du nombre de déplacements comme les visites à domicile (19,5%). (46)

3.2) Freins et perspectives de la téléconsultation assistée

3.2.1) Adaptation à une consultation sans examen clinique

Le frein principal à la poursuite de cette pratique semble être le manque d'examen clinique et l'incertitude diagnostique générée par celui-ci. Un médecin de notre étude disait : « *il manquait vraiment l'auscultation pulmonaire, ce qui pour moi était un gros frein et une source d'inquiétude.* » Un autre estimait que l'examen clinique « *ça passe par euh... c'est au chevet du patient.* » L'auscultation était définie comme un élément important dans la prise en charge d'un patient. Comparativement, l'étude du Dr Thomas BOUQUET montre que les indications principales de la téléconsultation par les médecins semblaient surtout limitées par l'absence d'examen clinique possible. (47)

Toutefois, un travail de thèse portant sur l'apport de l'interrogatoire et de l'examen physique dans le diagnostic final d'une pathologie en consultation de médecine interne montre que 69,5% des diagnostics sont pressentis dès l'interrogatoire, quelle que soit la qualification du praticien ou le type de pathologie. (48)

Le Pr André Scheen estime que « le praticien pose environ 50 % des diagnostics par l'anamnèse, 30 % par l'examen clinique et 20 % seulement grâce aux examens complémentaires ». (49)

Dans cette téléconsultation assistée, le rôle du soignant au contact du patient semble pallier ce manque d'examen clinique ressenti par le médecin. L'un d'eux disait : « *l'infirmière, elle est là pour toucher, pour prendre la tension...* ». La TCA bénéficierait de deux avantages avancés lors des échanges qui sont l'aide humaine d'un soignant et notamment d'une infirmière en pratique avancée (IPA) et d'une aide technique par le moyen d'outils connectés.

- Le cas de l'infirmière en pratique avancée

Un médecin disait : « *je trouve que le fait d'avoir une infirmière en pratique avancée permettra justement d'améliorer ça* », au sujet du manque d'examen physique. « *On aurait directement une auscultation d'une infirmière en pratique avancée.* »

En 2002, le Conseil International des Infirmières s'est officiellement prononcé sur la pratique infirmière avancée. (50) Il signale que l'infirmier exerçant en pratique avancée a acquis, à travers ses études supérieures, des connaissances théoriques et compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Cet exercice est intégré dans la loi française depuis le 26 janvier 2016 et donne l'occasion de développer un nouveau métier d'expertise. (51) L'IPA exerce donc au côté du patient et collabore avec son médecin. Plusieurs études mettent en évidence que cette pratique assure des effets favorables sur l'utilisation des services de santé, sur la satisfaction des patients, médecins et infirmiers. (52)

Il semblerait que la collaboration d'une IPA à la téléconsultation pourrait permettre de lever la réticence des médecins au manque d'examen physique induit par ce mode de consultation. « *L'infirmière de pratique avancée aura l'auscultation [...] et du coup ça permettrait d'avoir une meilleure prise en charge encore* » affirmait un participant.

- L'usage de nouveaux outils connectés

Dans notre étude, une des participantes était une pharmacienne ayant installé une cabine de téléconsultation dans son officine après le départ en retraite de plusieurs médecins du secteur. Elle estimait qu'il s'agissait d'une réponse à la demande de soins des patients : « *je le fais vraiment pour un service supplémentaire pour mon patient [...] pour pouvoir répondre à une demande à laquelle je ne peux pas répondre.* » « *J'ai un dermatoscope, un otoscope, un tensiomètre euh... un thermomètre et un oxymètre de pouls à disposition.* » Rappelons tout de même que le but de la TCA est que le patient soit soigné par son équipe de proximité.

Les appareils informatiques (ordinateurs, smartphones) et le matériel connecté sont ainsi devenus des acteurs incontournables de la téléconsultation. Certains participants ont émis le souhait d'avoir accès à ce genre d'outils pour lutter contre la carence d'examen clinique : « *Un stétho connecté ça doit être vachement bien en téléconsultation parce que comme ça on a l'auscultation à distance avec un médecin.* »

Seulement un frein évoqué est son coût financier : « *ça pourrait être un outil intéressant mais c'est quand même 300 euros, c'est pas un petit achat.* » Pour y faire face, l'Assurance Maladie a mis en place une aide budgétaire par le biais d'un forfait de 175 euros permettant de s'équiper en appareils médicaux connectés. (53)

Plusieurs études ont cherché à évaluer l'intérêt de ces nouveaux outils de santé connectés dans la pratique médicale. L'utilisation d'un oxymètre connecté a déjà prouvé qu'il était faisable de se passer en partie de la présence physique du soignant afin d'anticiper une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive. La fréquence du pouls, la saturation en oxygène et la fréquence respiratoire sont prédictifs de la maladie. (54) Un essai randomisé de 2021, s'interrogeant sur l'utilité de l'auscultation à distance en temps réel à l'aide d'un stéthoscope électronique connecté par Bluetooth, a montré qu'elle était comparable à celle de l'auscultation directe à l'aide d'un stéthoscope classique, à l'exception de la classification des frottements pleuraux. (55)

L'essor des nouvelles technologies de l'information et de la communication semble pouvoir pallier ce manque d'examen physique direct du médecin. L'un de nos intervenant disait : « *faisons confiance à la technologie et à la e-santé, qui va nous fournir des stéthos connectés [...] faisons confiance au développement de la technologie, non pas comme promotion de la télémédecine mais comme support.* » Pour cela, il paraîtrait intéressant de se former à l'usage de ces objets. C'est pourquoi depuis 2017, l'université Paris-Diderot et le centre de responsabilité santé connectée proposent un diplôme universitaire en santé connectée. D'autres formations à l'usage de ces outils, dans le cadre de la formation continue, se développent également.

Enfin, il faut s'assurer que les outils connectés à usage médical répondent aux normes de conformité et à la réglementation en vigueur, sous le contrôle de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Elle a pour but de garantir la sécurité des dispositifs médicaux.

3.2.2) Absence de protocole de prise en charge des patients

Au cours des échanges, se posait régulièrement la question des indications de la TCA. Les motifs fréquents avancés étaient le renouvellement de traitements, la surveillance de résultats biologiques et les avis dermatologiques. Cela se retrouve également dans les résultats de la thèse du Dr Thomas Bouquet qui analyse l'opinion et les connaissances des médecins de la Région Sud sur la téléconsultation. (47)

Une des médecins nous disait : *« peut-être que justement en créant des protocoles, en listant les motifs pouvant faire appel à la téléconsultation assistée, on y penserait peut-être plus facilement si on avait une liste. »* Seulement, la HAS atteste dans son guide sur les actes de téléconsultation que *« l'analyse de la littérature et la concertation des parties prenantes n'ont pas permis d'identifier de situation d'exclusion clinique a priori. »* (18) Il existe cependant des critères d'éligibilité à vérifier en amont. Les critères d'éligibilité d'un patient à la téléconsultation relèvent de la décision du professionnel médical. Elle affirme que la téléconsultation n'est pas adaptée lorsqu'il y a nécessité d'un examen clinique, d'un geste technique ou lors d'une situation d'urgence relevant du centre 15.

La création de protocoles pourrait permettre de définir le rôle de l'assistant de téléconsultation en fonction du motif de consultation, de favoriser la coopération entre les différents intervenants. Il s'agirait d'un guide des pratiques à suivre dans le cadre de la prise en charge des patients en cataloguant les actions et gestes à réaliser ainsi que les procédures de soins à conduire dans une situation précise. Définir ses champs d'application et ses limites permettraient d'encourager son recours.

**Exemples de champs d'application possibles de la TCA et du rôle de
l'assistant de téléconsultation**

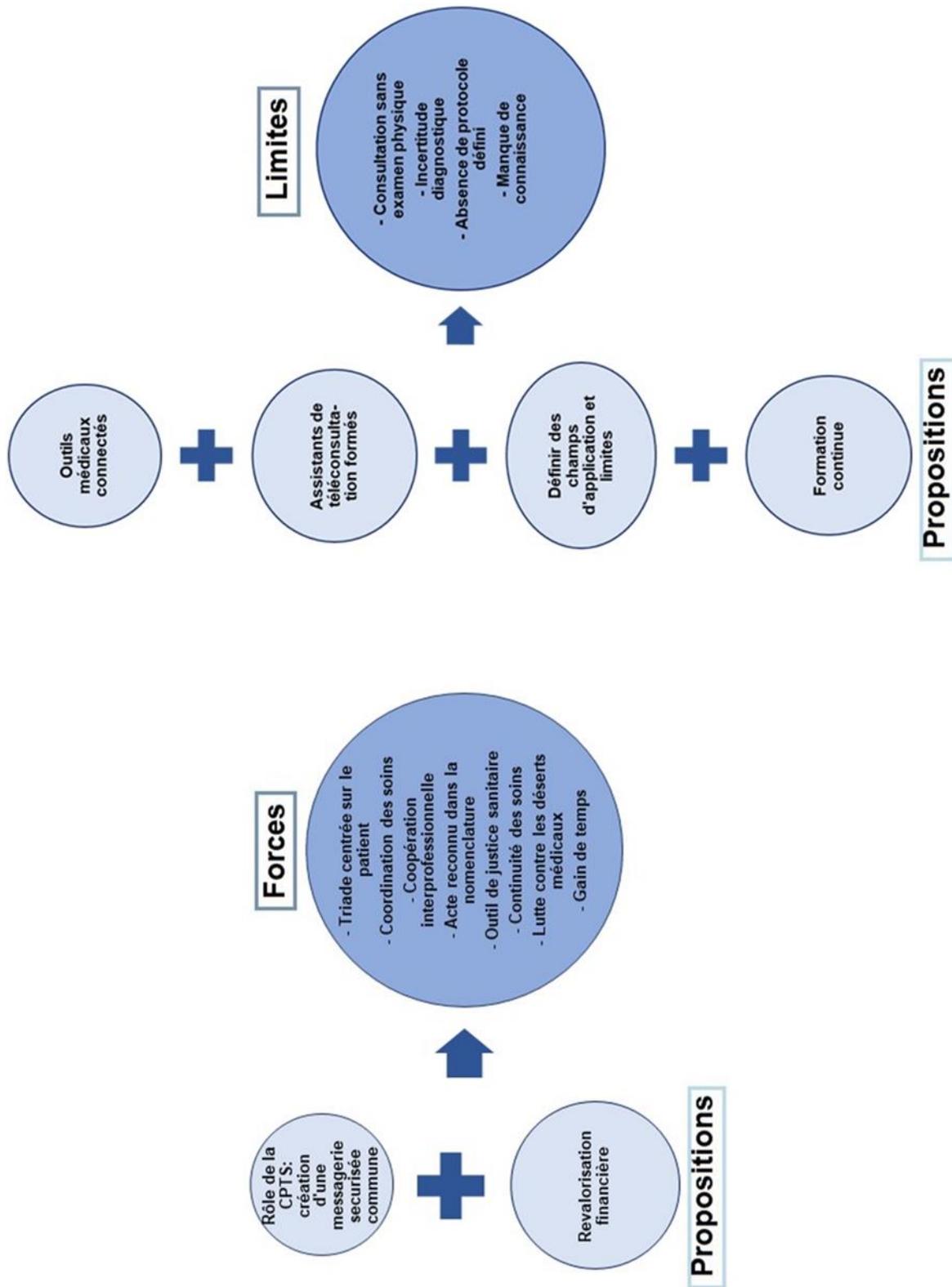
	Pathologies	Rôle de l'assistant de TCA et des outils connectés
Affections dermatologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Affections cutanées (éruption, eczéma ou piqûre) - Suivi de pansements - Suivi d'ulcères chroniques - Prise en charge d'une plaie 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposer la zone concernée pour une bonne visibilité - Emettre un avis pour la prise en charge - Utiliser des échelles d'évaluation reconnues - Prodiguier les soins en fin de consultation
Affections ORL et pulmonaires	<ul style="list-style-type: none"> - Otalgie - Suivi de patients BPCO/ asthme stable - Décompensation respiratoire d'une maladie chronique sans signe clinique de gravité lors de la demande de consultation 	<ul style="list-style-type: none"> - Usage d'un otoscope connecté - Auscultation pulmonaire par stéthoscope connecté ou IPA, échelle d'évaluation de la dyspnée - Auscultation, prise de saturation, mesure de la fréquence respiratoire, prise de température
Affections cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de patients insuffisants cardiaques stables avec suivi régulier - Déséquilibre tensionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de TA, pouls, poids, recherche d'œdèmes des membres inférieurs, évaluation de la dyspnée par échelle reconnue - Surveillance TA à domicile au préalable de la TCA puis compte rendu lors de la TCA
Affections endocriniennes	<ul style="list-style-type: none"> - Patient diabétique connu 	<ul style="list-style-type: none"> - Lecture du carnet glycémique, programmation du bilan sanguin trimestriel, révision du protocole d'insulinothérapie en collaboration avec le médecin, lecture des résultats biologiques
Affections générales	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de patients en cours de sevrage en alcool - Suivi d'une pathologie chronique douloureuse - Patient en fin de vie à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de grille standardisée de surveillance du sevrage, aide à la prise des traitements et maintien du sevrage, aide psychologique - Utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur, adaptation des antalgiques avec le médecin - Prévention, évaluation et soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique, coordination et collégialité de la prise en charge

3.2.3) Formation au bon usage de la téléconsultation assistée

Certains médecins ont exprimé leurs souhaits de se former à la téléconsultation et également de l'intégrer dans l'enseignement facultaire des étudiants en médecine : *« je pense que dans la formation des jeunes médecins [...] la télémédecine devrait être dans l'enseignement de soins premiers. »*

La Société Française de Santé Digitale a soutenu dès 2019, la mise en place du premier Diplôme Interuniversitaire en Télémédecine : « une approche globale de la télémédecine ». (56) Sept universités y sont partenaires : Bordeaux, Besançon, Caen, Lille, Montpellier, Nantes, université catholique de Lille. Il existe également des formations présentielles et à distance de développement professionnel continu, permettant à tous professionnels de santé d'accéder à un enseignement sur l'outil numérique.

Forces et limites de la téléconsultation assistée : Propositions de solutions pouvant permettre d'optimiser son usage



Conclusion

La téléconsultation assistée a connu un essor majeur en lien avec l'émergence de l'épidémie de COVID-19. Les restrictions sanitaires visant à limiter les contacts interhumains et la propagation du virus ont induit une réorganisation des soins médicaux en raison d'une désertification des cabinets. Ce travail a permis de recueillir le premier ressenti des différents acteurs de soins sur ce sujet.

Les professionnels de santé ayant participé à notre étude perçoivent la téléconsultation assistée comme un outil apportant une meilleure coordination des soins et une communication plus aisée entre chacun des intervenants et le patient. Le travail d'équipe est fortement valorisé par cette pratique. Ils estiment aussi qu'elle rétablit une certaine justice sanitaire en permettant la continuité des soins de certaines populations, en luttant contre les déserts médicaux. Elle est également perçue comme un gain de temps médical. Cependant, le manque d'examen clinique et le risque d'erreur médicale qui pourrait en résulter ainsi que l'absence de cadre à son usage restent les principaux freins à son déploiement.

Nous avons identifié certaines pistes d'amélioration afin de favoriser l'adhésion à cet outil. Il pourrait s'agir de promouvoir le développement des compétences en santé d'assistants de téléconsultation et l'usage d'outils médicaux connectés reconnus, d'établir des campagnes de communication en santé publique, d'argumenter des champs d'application favorables à son usage ou encore s'interroger sur une revalorisation financière de cette consultation.

Il serait intéressant de conduire une étude recueillant l'avis de patients ayant expérimenté cette pratique de manière à évaluer leurs ressentis et définir leurs attentes.

Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : télémédecine - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine/77090>
2. Conseil exécutif 99. Informatique sanitaire et télémédecine: rapport du Directeur général [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1997 [cité 24 sept 2021]. Report No.: EB99/30. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/182901>
3. Simon P, Gayraud P, Salles N, Franc S, Lannelongue C, Hervieu-Begue M, et al. Télémédecine. Des pratiques innovantes pour l'accès aux soins. Actual Doss En Santé Publique ADSP [Internet]. déc 2017;(N°101). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=158>
4. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
6. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0245 du 21/10/2010 [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=fWLjTJFJ-cKl85P75hPRrG3_jl-AG5OU8reAnxwY_iE=
7. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0128 du 04/06/2021 [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=OFgcj12hRTmpc_tCBohimjj6UFbgHwXsc1xpBHveUmo=
8. Section 2 : Téléssoin (Article L6316-2) - Légifrance [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000038841872/2019-07-27>
9. Gaglio G, Mathieu-Fritz A. Les pratiques médicales et soignantes à distance. Réseaux [Internet]. 12 mars 2018 [cité 21 janv 2022];207(1):9-24. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-reseaux-2018-1-page-9.htm>
10. Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
11. Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé. 2010-514 mai 18, 2010.
12. Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf
13. Développement de la télémédecine - Sénat [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ121203522.html>
14. Article 36 - LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000033715404/2016-12-25

15. La convention et ses avenants [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>
16. l'Intérieur D-M de. Téléconsultation [Internet]. <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/>. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr>
17. dossier_de_presse_-_le_grand_plan_dinvestissement_2018-2022.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2017/09/dossier_de_presse_-_le_grand_plan_dinvestissement_2018-2022.pdf
18. fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
19. Article L162-1-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041396891/
20. Prédice, déploiement haut débit - Plateforme Sanitaire & Sociale | Hauts-de-France [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.pf2s.fr/actualites/sante/685-predice-deploiement-haut-debit>
21. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 20 févr 2020;382(8):727-33.
22. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
23. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>
24. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la>
25. Téléconsultation : une croissance record en mars 2020 [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-03-31-cp-teleconsultation-croissance-record-mars>
26. Lurie N, Carr BG. The Role of Telehealth in the Medical Response to Disasters. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 juin 2018 [cité 24 févr 2022];178(6):745-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1314>
27. La téléconsultation [Internet]. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation>

28. Didier M. Téléconsultation: l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul. :156.
29. Aissaoui L. La téléconsultation assistée par infirmier à domicile, une étude qualitative à partir des premiers retours d'expérience, versant institutionnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2021.
30. Guedj P-A. Attentes et représentations des IDE et médecins généralistes de la presqu'île de Quiberon au sujet de la téléconsultation assistée par IDE [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2020 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/2dd0a202-6fc0-4e7b-a03d-f39781914fc3>
31. Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf [Internet]. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
32. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev [Internet]. janv 2015 [cité 6 mars 2022];15(157):50-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
33. Gibbs A. Focus groups and group interviews. Res Methods Methodol Educ. 2012;186-92.
34. Roger E. Téléconsultation: Représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2021 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193807>
35. Cypriani F. Télémédecine en 2014: enquête auprès des médecins libéraux français [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2014.
36. Jouan R-D, Lamy H. Perception des médecins généralistes quant à leur pratique de la téléconsultation: étude qualitative auprès des médecins exerçant au centre de téléconsultations de Saint-Georges-de-Rouelley (Manche, 50) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2020.
37. Mathieu-Fritz A, Esterle L. Changes in professional practices as a result of medical teleconsultations. Interprofessional cooperation and the delegation of tasks. Rev Francaise Sociol [Internet]. 11 juin 2013 [cité 6 mars 2022];54(2):303-29. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2013-2-page-303.htm>
38. van Leijen-Zeelenberg JE, van Raak AJA, Duimel-Peeters IGP, Kroese MEAL, Brink PRG, Vrijhoef HJM. Interprofessional communication failures in acute care chains: How can we identify the causes? J Interprof Care. 2015;29(4):320-30.
39. Seigle G. Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2018 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM120.pdf
40. Khanouchouche H. Téléconsultation en médecine générale: le ressenti des médecins [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03148465>

41. Chatila R, Coulombel L, Froidevaux C. L'utilisation massive de la télémédecine pendant cette épidémie nous amène à nous interroger sur l'évolution de cette pratique dans les différentes phases de déconfinement, non seulement en prévision de crises ultérieures, mais aussi dans la pratique courante. :21.
42. Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base - Insee Première - 1780 [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397#consulter>
43. Hommes F. L'après covid: quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_HOMMES_Frederic.pdf
44. FDA_Telemedecine_041012.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://www.fondationdelavenir.org/wp-content/uploads/2015/12/FDA_Telemedecine_041012.pdf
45. Schryve T. La télémédecine en médecine générale: déterminants de son développement [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM388.pdf
46. Obry R. Evolution de la pratique de la téléconsultation en médecine générale libérale dans le Nord et le Pas-de-Calais suite à la crise sanitaire due au COVID-19 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2021 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM222.pdf
47. Bouquet T. Téléconsultation: représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019 [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116792>
48. Madelon A. Étude sur l'apport de l'interrogatoire et de l'examen physique soigneux, dans le diagnostic final d'une pathologie en consultation de médecine interne: INPHYDIA [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02117820/document>
49. Scheen AJ. [Medical interviewing, initial key step in the disease diagnosis]. Rev Med Liege. nov 2013;68(11):599-603.
50. Sheer B, Wong FKY. The development of advanced nursing practice globally. J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. 2008;40(3):204-11.
51. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
52. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 12 mai 2014;14:214.
53. Téléconsultation [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation>

54. Shah SA, Velardo C, Farmer A, Tarassenko L. Exacerbations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Identification and Prediction Using a Digital Health System. *J Med Internet Res*. 7 mars 2017;19(3):e69.
55. Hirosawa T, Harada Y, Ikenoya K, Kakimoto S, Aizawa Y, Shimizu T. The Utility of Real-Time Remote Auscultation Using a Bluetooth-Connected Electronic Stethoscope: Open-Label Randomized Controlled Pilot Trial. *JMIR MHealth UHealth*. 27 juill 2021;9(7):e23109.
56. DIU | Société Française de Santé Digitale [Internet]. [cité 13 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfsd.fr/accompagnements/diu/>

Annexes

Annexe 1 : Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine

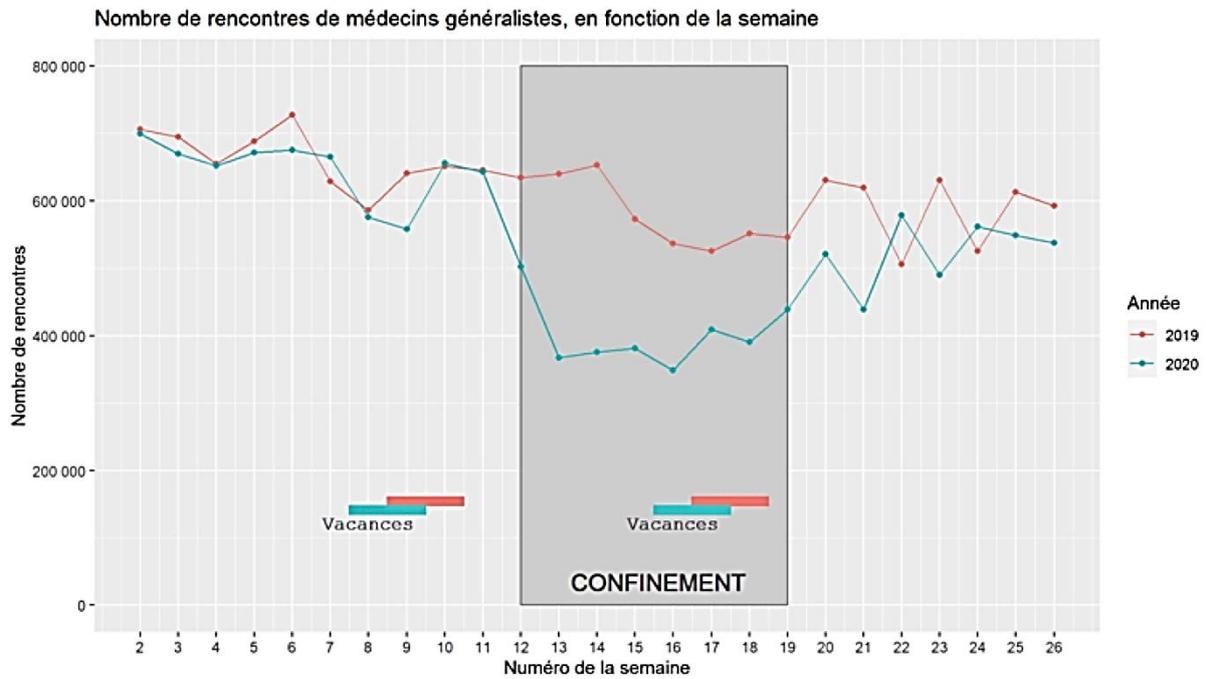
Région	Nom de la plateforme	TLC	TLE	TLS	TLA
Auvergne	ESTELA	✓	✓		✓
Rhône Alpes	MonSisra Télémédecine	✓	✓		
Bourgogne Franche Comté	Telmi	✓	✓		✓
Centre Val de Loire	COVOTEM	✓	✓		
Bretagne	Sterenn	✓	✓		✓
	Sterenn mobilité		✓		
Grand Est	Odys	✓	✓		✓
Guadeloupe	Courbaril	✓	✓	✓	
Guyane	IMAG		✓		
Haut de France	COMEDI-E	✓	✓		
	SITR		✓		
Ile de France	Ortif	✓	✓	✓	✓
Martinique	Plateforme régionale de télémédecine	✓	✓		
Normandie	Therap-e	✓	✓	✓	✓
Nouvelle Aquitaine	TELEA	✓	✓		
Occitanie	PF189	✓	✓		
	SIT Polyvalent	✓	✓		
	SIT Synapses PÂSTEL (Personnes Agées Service Télémédecine)	✓	✓		✓
Océan Indien	Plateforme régionale de télémédecine		✓		
Pays de la Loire	QIMED	✓	✓		
PACA	Portail régional de santé	✓	✓		✓

TLC= Téléconsultation, TLE= Téléeexpertise, TLS= Télésurveillance, TLA= Téléassistance

Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine

*Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine
RAPPORT Version finale – Mars 2019*

Annexe 2 : Evolution des consultations chez les professionnels libéraux au cours du premier confinement



Etude de l'OR2S pour comparer le recours aux professionnels de santé en 2020 avant, pendant et après le confinement en 2020 sur les mêmes mois pour 2019

Annexe 3 : Présentation du sujet et questions posées aux focus groups

Bonjour à tous, je tenais à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet échange ce soir.

Je suis Anissa Hadhoum, actuellement médecin généraliste assistante au sein de la maison de santé de Sin le Noble depuis quelques mois.

Nous sommes réunis ce soir pour discuter de vos expériences à propos des téléconsultations assistées qui ont été effectuées au cours de la pandémie de COVID-19, ce qui entre dans le cadre de mon sujet de recherche pour ma thèse.

Nous savons tous que depuis la fin d'année 2019, nous avons vu émerger une crise sanitaire en lien avec la propagation d'un nouveau coronavirus et face à cette menace, nous professionnels de santé, avons dû élaborer de nouveaux protocoles de prise en charge des patients, ainsi que de nouvelles formes de consultation et de communication à distance.

Le développement de la téléconsultation est devenu un enjeu majeur afin d'optimiser l'accès aux soins sur tout le territoire. Il s'agit ici d'une consultation réalisée à distance d'un patient par un médecin, le patient pouvant être accompagné ou non d'un professionnel de santé. Il me semble nécessaire d'en analyser la pratique et c'est le but de ce sujet de recherche.

On vous sollicite donc ce jour, pour vous exprimer sur les expériences que vous avez pu vivre au travers de ces consultations.

Pour permettre le bon déroulement du focus group, nous vous laisserons interagir entre vous, en laissant la possibilité à chacun de s'exprimer. L'enregistrement de vos échanges se fera au moyen de la vidéo et par dictaphone. L'anonymat sera respecté lors de la retranscription des données.

- Pour commencer, on va essayer de chacun se présenter afin de faire connaissance

- Depuis le début de la pandémie de Covid-19, pouvez-vous partager ensemble, quelles ont été vos expériences au sujet des téléconsultations assistées et en débattre ?

Nous cherchons à recueillir vos ressentis, vos expériences, vos envies ou toute autre chose que cela a suscité depuis le début de la pandémie, qui a initié davantage ce mode de travail.

Annexe 4 : Verbatim des focus groups

Les verbatims des focus group 1 à 4 sont disponibles sur le CD-Rom rattaché à la thèse.

Extrait du premier focus group :

M9 : Alors moi je me suis sentie accompagnée, en sécurité en période de crise on va dire. Ça m'a beaucoup aidé parce que du coup c'était le fait de travailler en équipe, ça faisait du bien voilà. Et euh je pense que ça apporter beaucoup de bénéfices pour les patients pour le suivi...

A : tu peux expliciter ?

M9 : Euh tout simplement parce qu'ils se sont sentis accompagnés jusqu'au bout, au-delà de la consultation avec le médecin, il y avait un accompagnement par un autre professionnel donc vraiment un suivi euh... un suivi complet.

A : Est-ce que vous pouvez réagir à ça ?

M4 : Euh je suis d'accord avec toi, moi mon ressenti ... On en a fait pas mal au premier confinement, c'est vrai qu'on a essayé de tous diminuer le contact le plus possible avec les patients pour les protéger parce qu'on allait forcément être les vecteurs pendant le confinement et en même temps pour nous protéger nous, parce qu'on ne savait pas ce qui nous attendait, on ne connaissait pas le virus et tout ce qu'on entendait... Si on prenait un peu de recul sur les autres pays c'était effrayant. Maintenant, c'est vrai que les patients, je pense qu'ils étaient plus confortables d'avoir l'infirmier à leurs côtés au moment de la téléconsultation, que les téléconsultations qu'on a pu faire seul, avec le patient seul de l'autre côté de l'écran, qui pour le coup avait l'impression qu'on bradait un peu la téléconsultation et qu'on bradait leur santé. C'est vrai qu'avec l'infirmier à leurs chevets, j'avais moins cette impression, enfin ce ressenti de leur part et à chaque fois qu'on l'a fait, ça s'est toujours très très bien passé. Ils étaient contents. Moi de mon côté, médicalement, pour tout ce qui était renouvellement, ça n'a jamais posé de problème. Je trouvais que c'était même plutôt très performant. Pour les autres problèmes aigus, c'est vrai que ça permettait au moins en tout cas d'avoir une première conduite à tenir, de débloquer parfois certaines situations, avant de tous se précipiter au domicile du patient où on aurait pu, peut être en effet, l'éviter. Et on l'a évité d'ailleurs de nombreuses fois donc voilà.

M3 : C'est un gain de temps, c'est un gain de temps énorme déjà.

M4 : Le seul bémol, c'est que j'avais l'impression au premier confinement d'envoyer mes collègues

M3 : Au casse-pipe [RIRES]

M4 : Oui au casse-pipe, pendant que moi je restais protéger derrière mon écran. Et ça ce côté-là, je l'ai un peu mal vécu parce que je trouvais... enfin, je trouvais que les infirmiers étaient malheureusement les premiers soldats, les premières lignes de front et heureusement que vous avez joué le jeu, vous y êtes allés.

M3 : Après il en faut bien.

[RIRES]

M3 : Le problème c'est que comme on n'a pas énormément de médecins sur le secteur de *ville 2*... on a beaucoup plus d'infirmiers donc à la limite on voit bien qu'on était plus sacrificable que le médecin. Mais bon, mais bon c'est vrai que c'est intéressant la téléconsultation parce que de mon point de vue, c'est très intéressant parce que ça demande de la technicité, de la logistique et surtout une très bonne coordination interprofessionnelle de santé et c'est ça en fait qui plaisait aux patients je pense. Aussi savoir que le médecin s'entendait bien avec l'infirmier qui ramenait les informations voilà c'est la coordination qui ... qui ... qui est exigeante pour ce genre d'acte mais... mais quand ça marche, ça marche bien. Franchement c'est plus les problèmes techniques qu'on avait.

A : c'est à dire ?

M3 : Ah bah

M4 : Disons que quand on est à la campagne et que la couverture réseau est un problème, on a des endroits où on n'a même pas le téléphone donc faire une visio était un peu illusoire.

M3 : Oui mais le nombre de fois où on l'a fait ça a marché quand même.

Annexe 5 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ

Traduction française originale

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

1	Enquête/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien de groupe focalisé (focus group)	Dr Bayen Marc Hadhoum Anissa
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur	PA MG, MSU Médecin remplaçant
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude	MG Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme	Femme
5	Expériences et formations	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

6	Relation antérieur	Enquêteur et participants se connaissaient ils avant le commencement de l'étude	Certains membres
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation au début des échanges/thèse
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude	Focus group et analyse par logiciel N'vivo
---	---------------------------------------	--	--

Sélection des participants :

10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Volontariat
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Courriel et/ou téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	27 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? raisons ?	0

Contexte :

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Réunion par visio
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui Directeur de thèse
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon	Echantillon pluriprofessionnel

Recueil des données :

17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable	Présentation du sujet et questions ouvertes
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? si oui, combien de fois	4
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio et visuel
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?	1 heure en moyenne
22	Seuils de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23	Retours des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données	2: enquêteur + interne de MG
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données	A partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données	N'Vivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? chaque citation était elle identifiée ?	Oui dans les 2 cas
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particulier ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEUR : Nom : HADHOUM

Prénom : Anissa

Date de soutenance : 20 avril 2022

Titre de la thèse : Téléconsultation assistée au cours de la pandémie de COVID-19 :

Ressenti de professionnels de santé exerçant en maisons de santé

pluriprofessionnelles dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Consultation à distance, télé médecine, soins à domicile, accompagnement

Résumé :

Contexte : L'épidémie de COVID-19 a imposé la mise en place de mesures sanitaires afin de limiter l'exposition et la propagation interhumaine du virus. Face à la demande de soins, la téléconsultation assistée a semblé être une solution. L'objectif de cette étude est d'analyser le ressenti de professionnels de santé, exerçant en MSP dans la région Hauts-de-France, qui ont réalisé des téléconsultations assistées de février à juillet 2021.

Méthode : Étude qualitative réalisée à partir de 4 focus groups, constitués de professionnels exerçant en MSP, dans la région Hauts-de-France.

Résultats : Les participants se sont accordés pour dire qu'il s'agit d'un outil simple d'utilisation permettant de lutter contre la rupture de soins et pouvant être une réponse à apporter face aux déserts médicaux. La téléconsultation assistée incite, selon eux, à une coopération interprofessionnelle et permet une meilleure coordination des soins. Elle crée une nouvelle relation centrée sur le patient et demande d'acquérir de nouvelles compétences pour ces usagers. Ils ont reconnu cependant un manque de connaissances sur ses champs d'application, des difficultés d'ordre organisationnel et un manque de moyens humains et techniques. Le développement des nouvelles technologies et objets connectés ainsi que la formation des professionnels de santé ont été évoqués comme des solutions de perfectionnement.

Conclusion : La perception de la téléconsultation assistée était essentiellement positive pour nos intervenants. Elle semble être un complément dans la pratique médicale. Elle demanderait à être davantage connue de tous et notamment des patients au moyen de campagnes de communication en santé publique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Luc DEFEBVRE

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT
Monsieur le Docteur Luc DAUCHET**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Robert VALENSI