



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2025

THESE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Perception des médecins généralistes de la métropole lilloise sur le
dispositif de téléconsultation TELESCOPE dans le parcours de soin
du patient**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 mars à 16h
au Pôle Formation

par Margaux LEFÉBURE - de GOUBERVILLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame le Docteur Emmanuelle CHAVDA

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Enrique CORDOVA

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

CIER	Comité interne d'éthique et de la recherche
CHSVP	Centre hospitalier saint Vincent de Paul
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GHICL	Groupe des hôpitaux de l'institut catholique de Lille
RGPD	Règlement général de protection des données
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle

Sommaire

Introduction	7
Méthodes.....	12
I- Approche qualitative et paradigme de recherche	12
II- Caractéristiques et réflexivité du chercheur	12
III- Stratégie d'échantillonnage.....	13
IV- Recueil des données et traitement.....	14
V- Questions éthiques relatives aux êtres humains.....	15
Résultats	17
I- Présentation de la population	17
II- Présentation des résultats.....	18
A. TELESCOPE dans l'univers médical : répondre à un vrai besoin	18
1). Difficulté d'accès aux soins	18
2). Répondre à un besoin pour le médecin généraliste	21
3). Raisons politiques	22
4). Inclusion justifiée	23
B. Adhésion à TELESCOPE.....	24
1). Améliorer la qualité des soins.....	24
2). Impact faible sur le travail du médecin généraliste	27
3). Confraternité	29
4). Adhésion renforcée chez les médecins ayant travaillé aux urgences.....	30
C. L'expression de craintes pour les soins primaires	30
1). Difficulté à comprendre la place parmi l'offre existante	30
2). Une généralisation difficile	31
3). Crainte d'une médecine moins qualitative	33
4). Indifférence.....	35
5). Peur des dérives.....	36
D. Pistes d'amélioration proposées	38
1). Améliorer la communication	38
2). Inclure le médecin traitant.....	41
3). Préciser le cadre.....	42
4). Sensibiliser les médecins généralistes	42
Discussion	43
I- Le modèle explicatif	43
II- Comparaison avec la littérature.....	46
III- Forces et limites de l'étude.....	47
A. Forces	47
B. Limites	48
IV- Perspectives.....	50
Conclusion.....	51

Références bibliographiques	52
Annexes	54
Serment d'Hippocrate	66

Table des tableaux

Tableau 1 : Présentation des médecins interrogés	18
--	----

Introduction

La réorganisation des soins premiers est au cœur des réformes actuelles, comme en témoigne le plan « Ma santé 2022 » (1) qui place le renforcement de ces soins comme l'un de ses principaux objectifs. La notion de soins premiers englobe des fonctions spécifiques liées aux soins (accès, coordination, prise en charge pluri-professionnelle), à des acteurs multiples, et à une approche populationnelle et territoriale de la santé. (2) Ce concept soulève des questions concernant les inégalités territoriales d'accès aux soins, l'articulation entre les soins de ville et le secteur hospitalier, et la régulation de l'offre de soins non exclusivement centrée sur la démographie médicale. (3) (4) (5)

Depuis plusieurs années, les médecins généralistes et urgentistes se mobilisent et alertent les responsables politiques et la population sur les difficultés de notre système de santé. (6) (7) Avec près de vingt millions de passages par an, les services d'urgences sont confrontés à des problèmes d'engorgement. Ces services sont débordés et manquent de ressources pour répondre à l'augmentation et à la diversité des demandes de soins. Cette situation génère une pression considérable sur les équipes et les infrastructures.

La Cour des comptes souligne que ces professionnels ressentent les effets de dysfonctionnements qui échappent à leur contrôle, notamment en ce qui concerne l'organisation des soins en médecine de ville. En effet, 43 % des passages aux urgences relèveraient d'une simple consultation médicale et 35 % des patients auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste. (8)

L'ensemble des soins non programmés n'est pas absorbé par les cabinets libéraux.

(9) Les données de la DRESS révèlent que la majorité des passages aux urgences se produit aux horaires d'ouverture des cabinets de ville et de nombreux patients ayant entamé un parcours de soins en médecine libérale se dirigent vers les urgences. (8)

Un phénomène de vases communicants est observé entre le manque de prise en soin des soins primaires par les médecins de ville et la prise en soin assurée par les urgences, malgré l'activité soutenue des cabinets. (5)

Face à ces enjeux de plus en plus identifiés, plusieurs réponses émergent. Elles tiennent compte de l'organisation et des effectifs des services, ainsi que des étapes en amont (orientation et prise en soin des patients) et en aval des urgences (hospitalisation et suivi en ville) :

- Le développement de nouvelles formes d'exercices regroupés, le renforcement de la spécialité de la médecine générale dans le domaine académique, et le développement de la recherche en soins premiers ;
- L'intensification de l'usage d'instruments d'évaluation (recommandations de bonne pratique, évaluation de la qualité et des résultats, paiement à la qualité, expérience patient...) comme instruments de la transformation des pratiques ;
- Le renforcement de dispositifs visant à promouvoir la prévention, l'éducation, et la promotion de la santé ;
- L'augmentation de l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour développer l'e-santé, faciliter la circulation de l'information et améliorer l'exploitation des données (10)

La pandémie de Covid est intervenue en France en mars 2020 dans ce contexte et a exacerbé ces soins premiers en crise. En accroissant brutalement les besoins de coordination à tous les niveaux (national, territorial et local) et entre tous les acteurs (institutions, organisations, professionnels), elle a potentialisé certaines faiblesses de notre système de santé tel le manque de coordination entre les soins premiers. (11) De nombreux médecins ont réadapté leur organisation pour garantir l'accès et la continuité des soins en période épidémique tout en limitant les contacts physiques. La télé médecine, une nouvelle approche de la pratique médicale, apparaît comme une solution intéressante. (12) Elle avait jusqu'alors surtout été testée pour pallier les difficultés d'accès aux soins dans les déserts médicaux. Avec la pandémie les téléconsultations ont explosé : les médecins généralistes libéraux ont effectué 13,5 millions de consultation à distance en 2020 contre 80 000 en 2019. Bien que ce nombre ait baissé après le confinement (9,4 millions en 2021), la téléconsultation s'est établie comme une pratique pérenne mais relativement peu fréquente puisqu'elle représente 3,7% de l'activité en libéral en 2021 et 5,7% en 2020. (13)

Les urgences du centre hospitalier de Saint Vincent de Paul (CHSVP) à Lille reflètent la situation des urgences de France et font face à un nombre croissant de passages puisqu'il a doublé sur les vingt dernières années. Bien qu'elles ne se situent pas dans un désert médical, elles font face à une haute densité de population, à une population fragile, et à un taux de morbi-mortalité des plus élevés de France. (14)

Le rapport de la Cour des comptes de 2019 pointait que près de 20% des recours aux urgences étaient non pertinents et invitait à développer des alternatives aux urgences hospitalières pour améliorer l'accès et la qualité des soins. (15) Parmi ces pistes se

trouve la télémédecine. (12) La sur-fréquentation des urgences a incité les médecins urgentistes à développer un dispositif de téléconsultation post urgence, TELESCOPE.

Il s'agit d'autoriser un retour à domicile chez des patients sans indication formelle d'hospitalisation, mais dont l'évolution ou le diagnostic peuvent être incertains et qui auraient fait l'objet d'une surveillance de quelques heures aux urgences ou d'une nuit en unité d'hospitalisation de courte durée. Les revoir précocement permet de surveiller l'évolution, de confirmer l'absence de pathologie nécessitant examens complémentaires, avis spécialisés, ou prise en charge hospitalière ; ou *a contrario* d'inviter les patients à se rendre à l'hôpital pour une prise en soin facilitée sans attente aux urgences ou directement dans le service adapté. Un rendez-vous est donné lors de la sortie des urgences. Le patient se connecte chez lui via une application à une visioconférence sécurisée avec le médecin muni de son dossier, qui est en mesure de poser les questions pertinentes concernant l'évolution du tableau clinique. (16)

Ce dispositif inédit a débuté en janvier 2020. Selon les résultats de la thèse du Dr Chavda, TELESCOPE a permis de réduire l'encombrement des urgences et les hospitalisations inadéquates. (17) A ce jour, bien que non concerné directement par TELESCOPE, le médecin généraliste qui reste un acteur central du parcours de soin du patient, n'est pas averti de cette téléconsultation. Ce projet TELESCOPE modifierait la prise en soin des patients lors du retour à domicile mais ces modifications n'ont pas encore été étudiées.

Quelle est la perception des médecins généralistes de la métropole lilloise sur le dispositif TELESCOPE dans le parcours de soin du patient ?

L'objectif de ce travail est d'étudier la perception des médecins généralistes concernant TELESCOPE dans le parcours de soin du patient afin de comprendre les nouvelles interactions qui ont émergé suite à sa mise en place.

Méthodes

I- Approche qualitative et paradigme de recherche

L'objectif de ce travail était d'explorer la perception des médecins généralistes de la métropole lilloise concernant TELESCOPE dans le parcours de soin du patient. Pour répondre à cette question de recherche, la méthode la plus adaptée était une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée.

II- Caractéristiques et réflexivité du chercheur

Il s'agissait de la première étude qualitative réalisée par le chercheur. Le chercheur s'est formé à cette méthode par la lecture de trois ouvrages :

- *L'initiation à la recherche qualitative en santé, le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*, sous la direction de Jean-Pierre Lebeau ;
- *Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer*, de Christophe Lejeune ;
- *L'entretien compréhensif*, de Jean-Claude Kaufmann.

Le chercheur postulait que l'introduction TELESCOPE dans le parcours de soin d'un patient sortant des urgences serait perçu de façon ambivalente par les médecins généralistes. Un journal de bord était tenu tout au long de l'étude pour rendre compte de la réflexivité.

III- Stratégie d'échantillonnage

Les entretiens individuels étaient réalisés entre le 25 juin 2024 et le 18 septembre 2024, soit 4 ans après la mise en place de TELESCOPE dans le service.

La population étudiée était constituée de médecins généralistes. Les critères d'inclusion étaient :

- Etre médecin généraliste installé de la métropole lilloise ;
- Etre installé en cabinet : maison de santé pluri-professionnelle (MSP), cabinet de groupe, ou cabinet individuel ;
- Avoir au sein de sa patientèle au moins 1 patient ayant bénéficié de TELESCOPE ;
- Accepter de participer à un entretien face à face enregistré.

L'échantillonnage était orienté au fur et à mesure par la théorie selon le principe d'échantillonnage théorique. Devant la méconnaissance de l'inclusion dans TELESCOPE de leurs patients, d'autres médecins généralistes sans patient TELESCOPE étaient par la suite interrogés. L'étude excluait les médecins généralistes remplaçants.

Les caractéristiques d'intérêt étaient :

- Age
- Durée d'installation
- Mode d'exercice
- Activité de téléconsultation

- Pratique informatisée ou non

Les médecins étaient sollicités directement par téléphone. La liste des médecins éligibles était préparée par le responsable de la mise en œuvre du traitement des données. Cette liste était extraite du logiciel informatique de l'hôpital et regroupait l'ensemble des médecins généralistes ayant eu au moins un patient concerné par TELESCOPE. Les coordonnées mail des médecins généralistes des patients ayant bénéficié de TELESCOPE étaient rassemblées sur un fichier Excel conservé sur le réseau sécurisé du CHSVP, via son ordinateur du travail. Le recrutement était également fait par grâce au réseau professionnel du chercheur suite à l'évolution de l'échantillonnage au cours de l'étude. Le sujet de recherche était exposé en quelques mots via une note d'information écrite en précisant les objectifs de l'étude et les droits des participants. Une demande d'entretien individuel était proposée et, à chaque acceptation, une date et un lieu ont été fixés.

IV- Recueil des données et traitement

Tous les participants choisissaient de réaliser l'entretien à leur cabinet, à l'exception de l'entretien 7 et de l'entretien 9 qui étaient réalisés par téléphone. Les entretiens se déroulaient de manière individuelle.

Un guide d'entretien était conçu avec des questions ouvertes pour aider le chercheur à mener ses entretiens. Il était progressivement adapté selon les nouvelles données recueillies, conformément à la méthodologie de recherche qualitative en théorisation ancrée (annexes 3 à 5). Les entretiens étaient enregistrés via un dictaphone. A la suite de l'entretien, l'échange était retranscrit mot à mot sur un logiciel de traitement de texte

Word avec pseudo anonymisation du participant (nom, prénom, lieu d'exercice) mais conservation de données démographiques (âge, sexe). Une fois retranscrit, l'enregistrement audio était détruit.

Le nombre de sujet nécessaire n'était pas définissable *a priori* : la collecte et l'analyse des données étaient faites simultanément jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'analyse des données n'apporte plus d'élément nouveau à la catégorisation conceptuelle. Elle était contrôlée par deux entretiens successifs supplémentaires.

L'ensemble des résultats de l'analyse ouverte était triangulé par EC, co-chercheuse en recherche qualitative. L'analyse était ouverte, axiale puis intégrative. Les concepts émergents identifiés par le codage réalisé au fur et à mesure du recueil étaient regroupés en catégories conceptuelles (codage axial) puis mis en relation (codage sélectif) afin de générer un modèle explicatif.

V- Questions éthiques relatives aux êtres humains

Ce projet était validé par le comité interne d'éthique de la recherche du groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (GHICL). Le responsable du traitement des données ainsi que le responsable de la mise en œuvre du traitement des données encadraient ce projet.

Ce projet d'étude est hors loi Jardé. Son fondement juridique était l'exercice d'une mission d'intérêt public dont était investi le GHICL en sa qualité de responsable de

traitement. Ce traitement de données était autorisé car il était nécessaire à des fins de recherche scientifique.

D'après ses caractéristiques, ce projet de recherche n'impliquant pas la personne humaine était conforme à la méthodologie de référence n°4 définie par la commission nationale de l'information et des libertés (CNIL).

Conformément à l'article 30 du règlement général de protection des données (RGDP), ce projet était inscrit sur le registre interne des activités de traitement du GHICL par le responsable du traitement de données.

Résultats

I- Présentation de la population

Dix entretiens individuels étaient conduits de juin à septembre 2024. Huit entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice des professionnels et deux entretiens par téléphone. Les entretiens ont duré entre 13 et 44 minutes. La suffisance des données était atteinte à partir du 8ème entretien et confirmée par l'analyse des 2 entretiens supplémentaires.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans le tableau 1.

Médecin généraliste (MG)	Genre	Age	Durée d'installation	Mode d'exercice	Informatisé	Activité de téléconsultation	Durée de l'entretien
MG1	F	47 ans	23 ans	MSP	oui	0	44min35
MG2	M	34 ans	6 ans	MSP	oui	2h/semaine	18min03
MG3	M	58 ans	29 ans	Cabinet de groupe	oui	1/trimestre	19min50
MG4	F	34 ans	3 ans	MSP	oui	1/trimestre	14min07

MG5	F	29 ans	1 an	MSP	oui	1h/semaine	22min50
MG6	F	32 ans	2 ans	Cabinet individuel	oui	1h/semaine	13min52
MG7	M	34 ans	3 ans	Cabinet de groupe	oui	rarement	18min20
MG8	M	34 ans	1 an	MSP	oui	1h/jour	22min10
MG9	F	53 ans	28 ans	Cabinet de groupe	oui	1h/jour	31min06
MG10	M	29 ans	2 ans	MSP	oui	2h/semaine	32min59

Tableau 1 : Présentation des médecins interrogés

II- Présentation des résultats

A. TELESCOPE dans l'univers médical : répondre à un vrai besoin

1). *Difficulté d'accès aux soins*

Malgré les mesures prises ces dernières années avec le plan « Ma Santé 2022 » pour une meilleure organisation des professionnels de santé (par exemple, replacer le patient au cœur du soin avec la création des CPTS, repenser l'offre hospitalière avec

les hôpitaux de proximité), la démographie médicale est toujours sous tension. Les urgences du CHSVP reflètent la situation actuelle en France. L'accès aux professionnels de santé, notamment aux médecins généralistes, se complique. Ce constat est soulevé par la moitié des médecins interviewés qui peinent à proposer des rendez-vous à leurs patients dans des délais rapides.

« Il y a beaucoup de médecins généralistes qui n'arrivent pas à donner un rendez-vous dans les trois jours. » MG7

« Sur le plan démographie médicale, on sait qu'on manque de médecins aux urgences. En même temps, on en manque partout, et puis les gens vont aux urgences alors qu'ils n'ont pas à y aller. » MG3

Le rapport de la Cour des comptes de 2014 et celui de la DRESS conduit en juin 2013 montrent une fréquentation en hausse des urgences hospitalières qui ne semble pas devoir s'interrompre dans les années à venir, en raison notamment du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques, et des tensions sur l'offre de soin de premier recours. (18) Depuis 1996, le nombre annuel de passages aux urgences est en moyenne en augmentation d'environ 3,5 % chaque année.

« On n'est qu'au début de l'espèce d'énorme courbe de Gauss qui va nous arriver sur la figue où il va y avoir un nombre de patients à prendre en charge qui va être phénoménal. » MG3

Les médecins généralistes sont eux aussi surchargés de travail.

« En médecine de ville, on est un peu noyé, un peu la tête sous l'eau » MG9

« Il faut savoir déléguer, parce que en fait il y a tellement de travail qu'on ne peut pas tout faire » MG10

Le CHSVP est implanté dans le centre-ville de Lille et draine le quartier prioritaire de Lille-Sud. Ce quartier est l'un des plus socialement défavorisé de France. Du fait de son emplacement géographique et de ses caractéristiques, la population recourant à ces urgences est nombreuse, fragile socialement, et à haut risque de morbi-mortalité. Les médecins généralistes de la métropole lilloise sont conscients de cette fragilité sociale et médicale et les patients défavorisés sont désorientés dans le système de santé.

« C'est un peu la population de St Vincent, c'est un peu de pas de suivis médicaux » MG6

« Enfin, ton médecin traitant, c'est les urgentistes de St Vincent. » MG8

La téléconsultation pour les patients sans médecin traitant permet d'éviter les perdus de vue et d'assurer un suivi pour le motif traité dans le service des urgences.

« Il y a beaucoup de gens qui vont aux urgences parce que pas de médecin parfois » MG4.

« Enfin, ton médecin traitant, c'est les urgentistes de St Vincent. » MG8

2). Répondre à un besoin pour le médecin généraliste

TELESCOPE répond à un besoin identifié. La démographie médicale est fébrile et il y a insuffisamment de médecins généralistes. Les consultations de patients concernés par la téléconsultation peuvent être chronophages s'il faut récupérer des résultats d'examens complémentaires. TELESCOPE semble faciliter leur travail en leur optimisant le temps médical.

« Moi ça me fait une consultation en moins quelque part, j'en suis très content »

MG3

« En fait on ne peut pas tout faire, on ne peut pas tout gérer » MG4

« Ça permet de soulager aussi si t'es en période débordée et que tu ne peux pas forcément revoir le patient rapidement. » MG6

« Ça va m'éviter des consultations qui peuvent être difficiles pour un patient qui est allé aux urgences pour un problème, où finalement le problème n'est pas complètement résolu, anomalie de bio, nécessité de recours à un spécialiste, nécessité d'un examen d'imagerie. En fait, ça va faciliter mon travail. » MG8

Aux difficultés d'accès aux soins premiers s'ajoute la difficulté pour les médecins généralistes d'accéder rapidement à des avis de médecins spécialistes et à des examens complémentaires dans des délais raisonnables.

« Et pareil pour les imageries je suppose ? C'est un peu la croix et la bannière pour nous parfois. » MG5

« Le médecin traitant reçoit les résultats dans 2 jours, il va vouloir rechercher ces avis secondaires ou cette imagerie secondaire, il aura du mal à les avoir rapidement alors qu'on les a plus facilement aux urgences » MG7

« Le recours aux spécialistes est difficile » MG8

3). Raisons politiques

Faisant le constat des difficultés croissantes d'accès aux soins primaires, les médecins interrogés perçoivent la création de TELESCOPE dans sa dynamique politique. En essayant d'optimiser le parcours de soin du patient, il vise à désengorger les cabinets de ville et les services d'urgence pour améliorer l'accessibilité aux soins premiers et réduire la consommation de soins.

« Ça peut être très bien pour réévaluer les gens, parce que tout le monde n'a pas accès aux soins facilement et on ne peut pas tout gérer. Donc si ça peut aider les médecins traitants, c'est cool. »MG4

« Tu vois si moi je dois refaire l'ECBU parce que je n'arrive pas à avoir les résultats, c'est dépenser de l'argent pour rien, c'est prendre des rendez-vous pour rien [...] donc économiquement, je trouve ça intéressant et même médicalement, ça permet de ne pas faire des hospitalisations trop abusives » MG10

4). Inclusion justifiée

L'inclusion dans TELESCOPE relève d'une décision médicale. Elle suit des critères précis et invite à revoir en téléconsultation des patients à la demande du médecin urgentiste qui l'a pris en soin. Les consultations semblent dès lors bien indiquées et adaptées. Ce processus rassure les médecins interrogés qui craignent une dégradation de la qualité de la prise en charge via la téléconsultation, liée à l'absence d'examen médical, à un médecin téléconsulteur différent du médecin traitant, et au recours à la téléconsultation par des patients adeptes de nomadisme médical. Réévaluer un patient vu entièrement aux urgences et invité à se présenter à la téléconsultation selon des critères d'inclusion bien définis assure du sérieux de la procédure.

« Ce n'est pas comme une téléconsultation de novo où t'as rien pour établir un diagnostic. Là je pense qu'aux urgences ils ont été examinés de a à z, par tous les sens et par tous les bouts, et il y a le truc qu'il faut surveiller, et bah ils vont le surveiller. » MG3

« Là, c'est le médecin qui décide. Et donc c'est toujours des consultations qui sont indiquées. Ils ne vont pas remettre quelque chose qui ne sera pas réévaluable en visio s'ils jugent que ce n'est pas possible » MG7

« Je pars du principe que le patient qui consulte aux urgences et d'autant plus s'il intègre TELESCOPE, c'est qu'il a consulté aux urgences à juste titre, pour une pathologie que je n'aurais potentiellement pas pu prendre en charge au cabinet. C'est le médecin qui met le patient dans la boucle et pas le patient qui se

met et qui fait de la consommation de soin. [...] On ne va pas prescrire une téléconsultation post urgence pour une problématique de médecine générale qui peut être gérée par un médecin généraliste » MG8

« Quand c'est le professionnel qui a la main et qui décide si c'est de la visio ou pas de la visio, ça prend tout son sens. » MG9

B. Adhésion à TELESCOPE

1). Améliorer la qualité des soins

Plusieurs médecins estiment que la cohérence du suivi apporté par TELESCOPE permet d'améliorer la continuité des soins. Il replace l'interrogatoire au centre de la consultation médicale.

« Sur ce côté-là je trouve que ça à son intérêt. A s'assurer qu'il soit au moins revu, pour s'assurer que ça va et si ça va pas, de faire ce qu'il faut. » MG4

« C'est hyper pratique pour assurer un suivi, c'est intéressant » MG5

« Il permet quand même que moi, dans l'ignorance, je sais qu'il y un médecin qui va assurer une forme de suivi » MG8

« Tu as une continuité dans la prise en charge qui semble plus pertinente que de juste agir dans l'urgence. [...] Je pense que c'est même plus pertinent que ce soit la personne qui l'a vu à J0 qui refasse l'évaluation après [...] pour le bien du patient, si tu peux faire un parcours de soin avec une cohérence, avec une gestion, c'est le

premier qui l'a vu qui fait le suivi, je ne vois pas en quoi nous on peut se sentir spolié. » MG9

« Ça permet d'avoir une continuité des soins dans un système qui est de plus en plus fractionné » MG10

Cette continuité semble bénéfique pour tous, tant pour le patient que pour le médecin qui a initié les soins. La satisfaction pour le médecin urgentiste d'aller au bout de sa prise en soin émerge des entretiens.

« T'es pas trop dans l'errance médicale. Oui, t'évites qu'ils soient trop lâchés en pleine nature. » MG6

« Pour le médecin urgentiste, c'est très intéressant de suivre son patient. Il y a cette dimension là aussi à prendre en compte [...] Aux urgences vous intervenez sur un temps zéro et vous n'avez pas la suite de ce qu'il se passe, je crois que c'est quand même intéressant de voir après comment le patient va et si t'as fait du bon boulot ou pas, au final c'est quand même gratifiant » MG9

De même, plusieurs interviewés envisagent des soins de meilleure qualité grâce à une maîtrise plus complète du dossier.

« Après la téléconsultation, il y a une vraie conclusion avec un vrai diagnostic et une vraie prise en charge. » MG2

« C'est vachement bien. C'est un suivi, c'est bien [...] l'objectif c'est d'améliorer la qualité de prise en charge, on ne va pas galvauder ou moraliser sur le système. »

MG3

« Le dossier est beaucoup mieux traité, il est mieux maîtrisé. » MG7

L'ensemble de ces éléments apportent un sentiment de sécurité, tant pour le patient que pour l'urgentiste. Est ainsi évoquée la notion de réassurance du patient et du médecin.

« Tu sécurises, tu sais qu'ils ne repartent pas dans la nature » MG6

« C'est rassurant pour le patient, c'est rassurant pour le médecin aussi parce que tu as forcément toujours un peu des doutes [...] avoir un suivi pour les patients c'est rassurant après les urgences parce qu'ils ne viennent pas forcément nous voir. »

MG9

« Pour moi c'est une barrière contre l'erreur, ça permet de revoir même au sein des urgences et d'avoir un œil nouveau sur la prise en charge. » MG10

Le bénéfice pour le patient est un élément prioritaire de sa prise en soin et l'ensemble des éléments cités précédemment vont en ce sens. Dans un souci d'écologie de la santé, d'optimisation du parcours de soin et de soin du patient, le regard posé sur TELESCOPE est celui d'une amélioration de la qualité de soin pour un patient passant par les urgences.

« Le bénéfice final, ce n'est pas l'orgueil du médecin, c'est le bénéfice pour le patient » MG8

« On n'est pas là pour être le médecin traitant de tout le monde. Il faut renverser un peu le schéma de pensée. Ce qui compte c'est que le patient tire un bénéfice du système sans faire de redondance d'examen, sans faire de nomadisme médical ou de choses comme ça. [...] On est là pour que le patient aille mieux et aille bien. »

MG9

2). Impact faible sur le travail du médecin généraliste

L'un des *a priori* initial était la crainte de marcher sur les plates-bandes du médecin traitant. Cependant, pour la moitié des médecins interrogés, TELESCOPE n'aurait qu'une faible répercussion sur leur travail quotidien. L'idée qu'un de leur patient soit revu par un autre confrère ne les préoccupe pas.

« Pour certains qui sont débordés ça peut effectivement libérer du temps. » MG1

« Je ne me sens pas évincé, ce n'est pas un suivi sur le long terme, dans tous les cas il reviendra me voir. » MG5

« Je ne suis pas sûr que ça aurait un impact très important sur ma pratique. » MG7

« Ça va pas remplacer les consultations que moi je fais mais ça apporte quelque chose de plus dans ce cas particulier des urgences. » MG8

« Ça change pas mon emploi du temps mais ça change vraiment le soin. » MG10

Spontanément, les médecins interrogés rapportent ne pas se sentir lésés par ce nouveau parcours de soin que propose TELESCOPE.

« Je ne me sens pas forcément shunté, j'ai suffisamment de patients. » MG2

« Je ne trouve pas que c'est de la concurrence déloyale. » MG7

« Je ne me sens pas évincé de la boucle du moment où je suis informé. » MG8

De plus, l'accessibilité à un plateau technique dont bénéficient les médecins urgentistes au sein de l'hôpital facilite le travail du médecin généraliste. Comme évoqué précédemment, l'accès aux examens complémentaires rapidement n'est pas toujours aisé en médecine de ville et les médecins effecteurs de TELESCOPE bénéficient d'un accès plus facile et plus rapide à ces outils techniques.

« Ça va m'éviter des consultations qui peuvent être difficiles pour un patient qui est allé aux urgences pour un problème, où finalement le problème n'est pas complètement résolu. » MG8

« Si c'est des choses qui dépassent nos compétences, on va devoir très vite réorienter, parce que on va sentir un peu dépassé, alors que l'urgentiste voilà c'est quand même un spécialiste et il peut bien plus vite orienter, bien plus vite hospitaliser. » MG10

L'autre moitié des médecins interrogés ne s'est pas spontanément positionné sur la répercussion de TELESCOPE sur leur travail au quotidien.

3). Confraternité

De nombreux médecins interrogés évoquent la gestion partagée des soins primaires avec leurs confrères urgentistes et apprécient ce travail d'entraide.

« Je trouve que ça peut être intéressant si ça devient un système d'entraide. » MG1

« Il faut accepter qu'on ne soit pas à la dispo et le seul médecin de nos patients » MG6

« Aujourd'hui dans notre situation médicale, dans notre système de santé qu'on a aujourd'hui, on ne peut pas avoir ce genre de considération où chacun défend ses plates-bandes [...] Je ne trouve pas que c'est la concurrence déloyale. » MG7

« C'est l'avantage pour un problème aigu d'avoir le point de vue d'un confrère qui a tout son intérêt et toute sa légitimité sur un de tes patients où on réfléchit toujours mieux à plusieurs cerveaux qu'à un seul. Et c'est important aussi, je pense, du côté des urgences, de connaître les problématiques des médecins généralistes. Si on sait un peu quelle est notre façon de travailler à chacun, on respecte déjà beaucoup plus le travail des uns et des autres. » MG8

« Je crois que c'est une bonne articulation, je ne vois pas en quoi nous on pourrait dire que ça nous lèse dans notre pratique [...] on doit tous travailler la main dans la main, on a chacun notre rôle à jouer. » MG9

4). *Adhésion renforcée chez les médecins ayant travaillé aux urgences*

Deux médecins interviewés ont travaillé dans un service d'urgence avant leur installation en cabinet et adhèrent d'autant plus à TELESCOPE suite de cette expérience.

« Je pense que ce qui me fait dire ça c'est parce que moi j'ai bossé aux urgences pendant trois ans. Donc je me mets aussi à la place de l'urgentiste. » MG4

« Moi c'est particulier parce que j'ai travaillé aussi au sein des urgences, donc je sais comment ça se passe aux urgences. » MG8

C. L'expression de craintes pour les soins primaires

1). *Difficulté à comprendre la place parmi l'offre existante*

Les médecins interrogés pour lesquels leurs patients avaient bénéficié de TELESCOPE n'en n'avaient pas connaissance et ne connaissaient pas ce dispositif.

« Sur le papier c'est très bien. Après il faut voir comment s'est fait. Déjà là je ne suis pas au courant. [...] Ça permet d'améliorer le lien si on a un compte-rendu. Mais comme j'en ai vu aucun pour l'instant... » MG1

« Je n'ai pas de retour » MG2

« Le retour d'infos, là, on ne l'a pas » MG9

Ils ne visualisent pas sa place dans l'offre de soin existante. Ils estiment être en capacité de recevoir les patients dans des courts délais.

« On laisse des créneaux disponibles qu'on ne met pas sur internet donc comme ça pour les gens. Ça fait un peu double emploi. » MG1

Ils considèrent également qu'il revient au médecin généraliste d'assurer le suivi puisque ce sont eux les pivots dans le parcours de soin.

« S'ils peuvent avoir rendez-vous dans quarante-huit heures chez le médecin traitant, bon ça après c'est le médecin traitant qui fait le suivi. C'est ok. Je trouve qu'il n'y aura pas trop d'intérêt, ça va faire doublon. » MG4

« Je trouve que c'était intéressant de pouvoir les revoir, mais effectivement je considère que c'est de la médecine générale. [...] Il faut être vigilant à ne pas marcher sur les plates-bandes du médecin traitant. C'est le médecin traitant qui reste le médecin pivot dans la prise en charge du patient. » MG7

2). Une généralisation difficile

TELESCOPE répond à un besoin spécifique au CHSVP où le nombre d'admissions est supérieur à la capacité prévue d'accueil de cet hôpital et permet ainsi de désencombrer le service d'urgence. L'instauration de TELESCOPE est dépendante des politiques hospitalières alors en place. Une idée novatrice qui exprime une volonté d'expérimenter pour améliorer l'offre de soin mais qui est vue comme une solution de secours ne pouvant à elle seule répondre aux problèmes de démographie actuelle.

« St Vincent, c'est quand même particulier comme urgence. C'est un service où on tente beaucoup de choses, où il y a les moyens qui sont mis. Je pense que pour pouvoir envisager ça, il faut que le service déjà fonctionne parfaitement bien et qu'on cherche et qu'il y ait une volonté à offrir un service supplémentaire. Ce qui est le cas à Saint-Vincent. Il y a une volonté d'offrir un service premium dans le meilleur service possible. Je pense que la majorité des services, en tout cas la majorité des services d'urgence que j'ai côtoyés, ne sont pas dans une optique d'offrir le meilleur service. Ils sont dans une optique de survivre. C'est une cerise sur le gâteau, mais pour la mettre il faut que le gâteau soit là. » MG7

De même, pour plusieurs médecins interrogés, la mise en place de ce type de dispositif doit s'inscrire dans un deuxième temps, lorsque les urgences ont déjà la capacité à répondre à l'afflux de patients.

« Ça va occuper un urgentiste à téléphoner alors qu'ils sont déjà débordés. » MG2

« Le généraliser à tous les services d'urgence, je pense que ça pourrait être bénéfique. Après, ça implique quand même un besoin humain derrière pour assurer les téléconsultations. » MG8

« Honnêtement, je doute que ce soit quelque chose de faisable dans toutes les urgences de France, parce que t'as des urgences où t'attends trois jours juste avant d'être pris en charge. Donc je pense que rappeler les gens après quarante-huit heures après, ça serait impossible pour eux. » MG10

3). *Crainte d'une médecine moins qualitative*

Un médecin évoque un risque d'altération de la relation médecin patient. Il n'a pas détaillé davantage son point de vue.

« Ce n'est pas parce que les gens sont en manque de soin qu'il faut les soigner n'importe comment. » MG1

Un autre évoque le risque de la recherche de la facilité et du confort au détriment de la qualité de la prise en soin.

« Faire attention peut être à ce que cela ne devienne pas une solution de facilité pour le patient de se dire ah bah je vais aller aux urgences comme ça après je serai revu. » MG5

Trois médecins interrogés craignent un effet barrière de l'écran pouvant altérer la prise en soin du patient puisqu'il rend l'examen clinique impossible. L'impossibilité pour eux de réexaminer le patient est un frein important à prendre en compte.

« Quand c'est une suspicion d'appendicite, on se prive quand même de la palpation. Il y a quand même la limite de l'écran, de ne pas être présente. Les limites sont là, l'absence de contact. » MG1

« Va palper un ventre, regarder dans une oreille ou regarder une gorge avec la téléconsultation. [...] la téléconsultation, pour moi, c'est, excuse-moi mais pour moi c'est de la daube. C'est vraiment de la daube. » MG3

« Et je sais qu'au CHU ils font des consults en péd. C'est quand même mieux, je pense en présentiel. » MG4

La limite physique de l'écran met aussi en difficulté certains médecins qui n'arrivent pas à créer une relation aussi facilement que lorsque le patient est dans la même pièce. Pour eux, une relation de qualité médecin-patient nécessite un contact physique et une implication personnelle difficile avec la téléconsultation.

« Déjà t'examines pas le patient physiquement. Le risque est que le patient ne nous dise pas tout non plus parce que t'as pas le lien aussi intime que quand t'es en présentiel. » MG5

« Et j'arrive beaucoup moins à poser de questions et à creuser quand c'est derrière un écran. » MG6

L'ensemble de ces éléments font craindre aux médecins généralistes interrogés une perte d'information concernant le motif de cette consultation et la suite de son parcours médical. Ils mettent en avant la position du médecin traitant qui connaît le patient dans son environnement et dans sa globalité. L'absence de communication des nouveaux éléments du dossier peut être à l'origine de confusion et de perte d'information.

« Les médecins des urgences n'ont pas forcément tous les antécédents et tous les derniers examens qui ont été faits. Du coup, ils travaillent que sur le motif d'urgence, mais ils n'ont pas le reste. Je pense que ça c'est une carence, parce que le patient il est juste vu et suivi pour le motif. Les urgentistes, ils n'ont pas connaissance ni de l'environnement dans lequel vit le patient, ni des antécédents et des examens qui ont déjà été faits. » MG2

« Après, ce qui est pas mal, c'est que le patient le dise pour que tout soit noté dans le dossier. C'est toujours bien qu'il y ait un retour. S'il y a des modifications thérapeutiques, s'il faut qu'on mette les antécédents à jour. Parce que les patients majoritairement ils ne savent pas trop ce qui s'est passé. Donc je pense qu'il faut un retour pour que tout soit bien, pour qu'il y ait une coordination des soins. » MG4

« Ce problème-là il va être géré aux urgences et du coup peut être qu'effectivement son médecin traitant ne sera pas au courant et que c'est des éléments qui seront perdus dans son dossier médical au cabinet. » MG5

4). Indifférence

Deux jeunes médecins interrogés expriment un faible d'avis sur le dispositif concernant les répercussions sur leur activité du fait de leur récente installation.

« Je n'arrive pas à me rendre compte de l'impact que cela peut avoir sur moi. » MG5

« Je suis encore en création de patientèle donc pas encore full et les patients s'ils veulent me voir ont largement l'occasion de me voir dans la semaine. » MG6

5). *Peur des dérives*

La crainte d'une pratique moins sécuritaire est un élément retrouvé à plusieurs reprises. La relecture du dossier à 48h par un confrère urgentiste ne doit pas se substituer à une prise en soin de qualité lors du premier passage.

« Après, il ne faut pas que ça devienne trop confortable, il doit y avoir un biais probablement de se dire oh ça va de toute façon je vais le rappeler dans 2 jours, pas trop rassurant comme outil. [...] Ça pourrait peut-être être dangereux, j'imagine. Ça les aide aussi eux à désengorger leurs urgences et l'hôpital. C'est ça qui est dangereux. Il faut vraiment qu'ils se méfient que ça ne devienne pas le confort de « c'est pas grave je vais les rappeler dans quarante-huit heures » ». MG1

« Il faut être vigilant à que ce ne soit pas une solution de confort, de facilité, de fausses réassurances, plus de confort et de facilité. » MG3

La crainte d'une rupture du parcours de soin et de l'exclusion du médecin traitant est également évoquée, notamment du fait de l'absence de transmission des informations.

« La conclusion, c'est que c'est bien, il ne faut pas que ça reste juste cloisonné aux urgences et il faut que le médecin traitant soit averti quand même pour remettre dans la boucle. » MG2

« Du coup pas besoin de médecin traitant, peut-être. Peut-être qu'il y a des gens qui vont se dire du coup je vais aux urgences de Saint-Vincent et comme ça en plus

après le médecin il va me revoir 48/72h après, très bien, j'ai fait mon suivi. [...] Je pense qu'on peut se sentir évincé » MG4

« Et tu vois s'il n'y a pas de retour on se sent exclu. » MG5

Un des risques rapportés par l'un des médecins interrogés est celui d'augmenter le nomadisme médical par besoin d'immédiateté et de facilitation pour le patient d'avoir un service d'urgence qui assure son suivi.

« Je pense que du coup ça pourrait entraîner un peu plus de nomadisme médical. [...] Je suppose que du coup ça va un peu individualiser les prises en charge. Comme il va avoir un problème à un instant « t » et qu'il va aller aux urgences et qu'il va aller en consult post d'urgence et du coup peut être qu'effectivement son médecin traitant ne sera pas au courant et que ce sont des éléments qui seront perdus dans son dossier médical au cabinet. » MG5

Deux médecins évoquent un risque de surconsommation de soins lié à la présence de TELESCOPE dans le parcours de soin. Cette surconsommation peut se traduire par la multiplication d'examens si le médecin traitant n'est pas averti mais aussi par l'inclusion inadéquate de patient dans TELESCOPE par le médecin urgentiste.

« Nous on multiplie les examens en ville, alors que ça a probablement été fait mais si ce n'est pas écrit moi je ne peux pas le savoir. » MG1

« Il ne faudrait pas qu'il y ait le fait que certains patients consultent pour des motifs inadéquats aux urgences et que cela se retrouve dans le dispositif TELESCOPE, où là, il y aurait vraiment des choses qui ne sont peut-être pas faites dans l'idéal. » MG8

D. Pistes d'amélioration proposées

1). Améliorer la communication

Tout d'abord, s'assurer d'une communication de qualité avec le médecin traitant permet d'éviter de se sentir écarté du circuit TELESCOPE et renforce les liens avec les médecins urgentistes. L'objectif de cette communication est de permettre une meilleure coordination des soins.

« Ce qui peut être intéressant pour nous si on a vraiment le compte rendu, c'est que ça nous permet plus de travailler en équipe de ce fait. Nous, pourquoi on l'a envoyé, un premier urgentiste qui le voit, un deuxième urgentiste qui le revoit, probablement moi dans la foulée puisque je vais le revoir. Ça permet d'améliorer le lien si on a un compte-rendu. [...] Si ça peut devenir un outil de communication, c'est pas mal, mais c'est dommage qu'il n'y ait pas de côté entre confrère. » MG1

« Ça peut améliorer les relations avec les urgentistes s'il y a un compte rendu qui est systématiquement envoyé » MG2

« Je pense qu'il faut un retour pour que tout soit bien, pour qu'il y ait une coordination des soins. » MG4

L'information au médecin traitant est suggérée de plusieurs façons : via un courrier envoyé par voie postale ou par la messagerie sécurisée au médecin traitant, via le dossier médical partagé, ou adressé directement au patient via son adresse mail.

« L'intérêt c'est que quel que soit le logiciel que tu utilises, ton adresse MS santé elle est intégrée dedans [...] et recevoir en papier, c'est une perte de temps. C'est bénéfique pour tout le monde, peut-être moins pour la planète, encore que... [...] Je pense qu'en termes de qualité des échanges avec les médecins libéraux ça serait bénéfique. » MG8

« Je pense que ça serait plus utile de mettre ça dans le dossier médical partagé que d'envoyer au médecin parce que tu as des patients qui vont donner un nom de médecin et c'est pas forcément le médecin qu'ils vont voir régulièrement. » MG9

« S'il y a peut-être la possibilité d'envoyer le courrier aussi par mail au patient et lui dire de le ramener à son médecin traitant. » MG7

Certains proposent de privilégier l'appel téléphonique au médecin traitant dans plusieurs situations :

- S'il y a des éléments de surveillance particulière

« Si les urgentistes après une téléconsultation se rendent compte qu'il y a quelque chose ou besoin de surveiller, en appelant le médecin généraliste, je pense que cela peut favoriser le lien ville hôpital » MG6

« Pourquoi ne pas imaginer un petit coup de fil si nécessaire de l'urgentiste pour discuter d'une prise en soin » MG8

- Pour permettre une relecture du dossier entre confrère afin d'expliquer des situations ou des incompréhensions de part et d'autre

« Ce qui serait hyper intéressant, c'est qu'on puisse nous contacter ces urgentistes en disant « Vous avez quelqu'un qui est sorti il y a vingt-quatre heures de chez vous. Mais entre-temps il s'est passé ça et ça. Qu'est-ce qu'on fait ? ». Que ça ne soit pas uniquement hôpital-ville, mais que ça puisse être ville-hôpital sans passer par le standard, histoire que quelqu'un nous réponde. Cela serait peut-être pas mal. Cela serait très intéressant effectivement, ou même de dire « mais en fait je ne comprends pas ce que vous avez fait ». Avoir une relecture du dossier avec un médecin ça peut être assez sympa. Je pense que ça éviterait pas mal de crispations. Pas mal de fois où nous on est très en colère parce qu'on n'a pas du tout été entendu, et que ça c'est très très agaçant. Et puis d'avoir leur ressenti. Et puis parce que dans deux têtes on a plus. Et qu'eux puissent nous joindre aussi en disant « mais pourquoi vous nous l'avez envoyé ? ». » MG1

- Dans les situations où le patient ne se présente pas à la téléconsultation

« Est-ce que dans ce cas-là il est possible de contacter le médecin traitant pour dire voilà on attendait ce patient en téléconsultation, il ne s'est pas présenté, il a été vu pour tel motif aux urgences, est-ce que vous pourriez essayer de la recontacter de votre côté ? Je pense que ça serait une bonne évolution. » MG2

2). *Inclure le médecin traitant*

Afin d'améliorer TELESCOPE, des médecins suggèrent d'inclure le médecin traitant lorsque des demandes d'avis complémentaires sont nécessaires. Cela limiterait le sentiment d'exclusion exprimé par certains et contribueraient à améliorer la coordination du parcours de soin du patient.

« La conclusion, c'est que c'est bien, il ne faut pas que ça reste juste cloisonné aux urgences et il faut que le médecin traitant soit averti quand même pour le remettre dans la boucle. » MG2

« Je pense que quand il y a une consultation d'organisée, soit via la téléconsultation, soit en post urgence où il y a un adressage à un spé, faire un courrier avec mise en copie du médecin traitant. Parce que si j'ai un patient qui vient pour une exacerbation d'asthme aux urgences, je n'ai pas de compte rendu de passage aux urgences et je vais recevoir le courrier du pneumologue, qui l'aura vu trois semaines plus tard, post-téléconsultation, et je vais me sentir un peu évincé, là, parce que finalement, je ne suis pas au courant de ce qui se passe. » MG8

3). Préciser le cadre

L'importance du cadre définissant le champ d'application de TELESCOPE est primordial pour les médecins interrogés et pour limiter le risque de dérives. Cela évite par exemple au médecin assurant la téléconsultation de se retrouver en difficulté face à une situation où un patient n'est pas réévaluable par la simple téléconsultation.

« de vraiment cibler pour quels motifs consulter » MG6

« Il ne faut pas remettre quelque chose qui ne sera pas ré évaluable en visio s'ils jugent que ça ne sera pas possible. Et jamais des trucs trop graves où le patient est au bout de sa vie, il ne sortirait pas des urgences dans ce cas-là. » MG7

« Je pense que le point de vigilance serait justement les critères d'inclusion. » MG8

« C'est vraiment un bon outil, mais bien encadré. Faut pas faire d'abus. Ce n'est pas parce que les gens sont en manque de soin qu'il faut les soigner n'importe comment. Pour moi, ce n'est pas une excuse. » MG10

4). Sensibiliser les médecins généralistes

Un médecin interviewé suggère de parler davantage de TELESCOPE auprès des médecins généralistes pour les informer de ce dispositif.

« Je pense que ça mérite d'être connu [...] ça mériterait d'avoir un petit coup de pub genre à des journées régionales de médecine, de le présenter » MG6

Discussion

I- Le modèle explicatif

L'analyse des entretiens mettait en évidence une forte adhésion au projet TELESCOPE, percevant sa pertinence dans le parcours de soin du patient.

La cohérence du suivi contribuait à améliorer la qualité des soins proposés, tout en apportant un sentiment de maîtrise et de sécurité. Le bénéfice recherché étant celui du patient, la plupart des médecins généralistes ne se sentaient pas mis de côté du moment qu'ils étaient informés de cette téléconsultation et de ses conclusions. La notion de réassurance était également soulevée.

Les échanges mettaient en lumière la notion de temporalité dans la médecine actuelle. Le médecin objective un symptôme à un moment précis mais délaisse ainsi la temporalité du malade, l'évolution de son symptôme, et le vécu qui s'y attache. Le temps permet de voir le symptôme évoluer : il convient de savoir le respecter mais il peut être à la source d'incompréhension entre deux professionnels qui n'évaluent pas le patient au même moment. Accepter d'accorder un temps médical différent pour certains patients avec une relecture du dossier à distance semble bénéfique pour les patients et les médecins.

Le choix de la téléconsultation pour ce suivi semblait également justifié puisque qu'il restait à l'approbation d'un professionnel de santé. La possibilité d'inviter le patient à se présenter de nouveau à l'hôpital pour la réalisation d'examens cliniques ou paracliniques supplémentaires ou la recherche d'un avis spécialisé était perçue favorablement pour la prise en soin du patient.

Certains médecins avaient des difficultés à percevoir sa place dans l'offre de soin existante. Certaines craintes concernant les risques de dérives et les possibilités de généralisation ont été soulevées. Il convenait d'être vigilant au champ d'application de ce dispositif et aux besoins humains nécessaires pour étendre ce projet à d'autres établissements. De même, il semblait important de garder en tête que les mesures testées pour répondre à la sur-fréquentation des urgences ne devaient pas se faire au détriment de la qualité de soin.

Enfin, les médecins formulaient de nombreuses propositions pour améliorer TELESCOPE. L'analyse progressive des résultats a d'ailleurs permis de mettre en évidence certaines carences qui ont pu être corrigées par les médecins réalisant les téléconsultations de TELESCOPE au cours de l'étude. Les remontées concernant la méconnaissance du dispositif aux médecins généralistes malgré l'envoi théorique de courrier questionnaient. Elles faisaient prendre conscience d'un problème de coordination au niveau du secrétariat concernant l'envoi des conclusions. Ce problème concernant l'oubli de l'envoi des comptes rendus était rectifié par la suite. L'analyse d'entretiens auprès de médecins ayant reçu théoriquement ces comptes rendus n'a cependant pas apporté d'élément nouveau.

Les médecins interrogés suggéraient également de diffuser la connaissance de TELESCOPE sur un large public de médecins généralistes, notamment via les congrès de médecine générale. La diffusion de cette connaissance permettrait une compréhension plus générale du parcours de soin proposé par les urgences du CHSVP et favoriserait la confraternité entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes.



II- Comparaison avec la littérature

TELESCOPE se présente comme un outil de suivi précoce des patients pour désengorger les urgences. En effet, le CHSVP fait face, comme au niveau national, à un nombre croissant de passages aux urgences du fait de sa position géographique à haute densité de population, à population fragile et à taux de morbi-mortalité des plus élevés de France. Entre 2004 et 2016, la fréquentation des urgences de cet hôpital a doublé passant à plus de 40 000 entrées par an. C'est en partant du constat de la Cour des comptes de 2019 montrant que 20 à 30% des recours aux urgences étaient non pertinents et invitant à développer des alternatives que ce projet est né. (19) L'étude du Dr Emmanuelle CHAVDA, médecin urgentiste au sein de cet hôpital, menée pendant 4 mois dans le cadre de sa thèse, a montré que TELESCOPE a permis de réduire le niveau d'encombrement des urgences et les hospitalisations inadéquates au sein de cet établissement. (14)(20)

Etant un outil novateur et spécifique du CHSVP, il n'existe pas à ce jour d'autres études dans la littérature permettant une comparaison avec les résultats retrouvés.

Plusieurs études réalisées ont été réalisées auprès de médecins généralistes quant à leur représentation de la télémedecine. L'arrivée des outils numériques interroge et modifie les comportements des différents acteurs concernés. Ces études montrent que le médecin généraliste s'est adapté aux changements sociétaux récents.

L'une de ces études réalisées dans les Hauts-de-France montre l'ambivalence entre, d'une part, l'amélioration du confort du médecin généraliste grâce à la télémedecine, et, d'autre part, le sentiment de déshumanisation et de perte de la relation de confiance

avec le patient. Le risque soulevé des téléconsultations est la crainte d'une rupture du parcours de soin et d'une surconsommation de soins médicaux. (21)

Une autre thèse étudiant le ressenti des médecins généralistes sur la téléconsultation met en lumière le bénéfice de cet outil dans la réduction des distances et la facilitation de l'accès aux soins. Elle apparaît comme un complément dans la pratique des médecins généralistes. Cependant, la nouveauté de cet outil amène doutes et craintes concernant l'évolution de la relation avec le patient qui nécessitent d'être pris en compte pour limiter d'éventuelles dérives. (22)

III- Forces et limites de l'étude

A. Forces

La réalisation d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée était le choix le plus approprié pour explorer le point de vue des médecins généralistes de la métropole lilloise sur TELESCOPE. Aucune étude qualitative en ce sens n'avait encore été réalisée.

Les entretiens individuels, en créant un climat de confiance, permettaient la libre expression des opinions des médecins interrogés.

Les normes de la Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) étaient respectées par le chercheur au cours de l'étude (annexe 6).

Les variables choisies pour le recrutement des médecins étaient nombreuses et variées pour assurer l'hétérogénéité de l'échantillon. Au fur et à mesure de l'analyse, certains critères de recrutement étaient modifiés, témoignant de l'évolutivité de l'échantillon propre à la recherche qualitative. De même, le guide d'entretien était adapté pour tenir compte des incompréhensions des interviewés concernant la question 4 de la première grille. Suscitant davantage d'interrogations que de réponses, elle était retravaillée car jugée non pertinente. L'évolution des profils de médecins interrogés permettait également de modifier la grille d'entretien pour obtenir des éléments nouveaux.

La suffisance des résultats était apparue rapidement au cours de l'analyse des données, témoignant d'une convergence d'opinions et renforçant la validité de l'étude.

Une des forces de l'étude était la triangulation des entretiens avec EC, co-chercheuse en recherche qualitative, permettant d'augmenter la validité interne des résultats.

Les données étant recueillies sur une période relativement courte entre le 25 juin 2024 et le 19 septembre 2024, il existait une cohérence temporelle de l'étude.

Le chercheur ne déclare pas de conflit d'intérêt. Il n'a pas bénéficié de financement externe pour mener à bien cette étude.

B. Limites

Il s'agissait de la première expérience du chercheur en recherche qualitative. La méthode nécessitait un apprentissage long avant d'être maîtrisée. L'encadrement d'un médecin spécialisé dans ce type d'analyse a limité cette faiblesse.

Le manque d'expérience du chercheur pour mener des entretiens était également une faiblesse de cette étude. Ce type d'entretien requérait une concentration soutenue et une finesse d'analyse au cours de l'entretien pour pouvoir relancer les questions de façon pertinente.

Le statut de médecin-chercheur étant connu des participants, cela aurait pu influencer les résultats.

Étant médecin généraliste, le chercheur était également directement exposé par sa propre opinion concernant TELESCOPE. Une part de subjectivité pourrait avoir interférée dans l'analyse des résultats. La grille d'entretien et la triangulation des résultats par EC. ont tenté de minimiser ce biais.

Les médecins étaient sollicités par téléphone pour participer à l'étude. Tous n'étaient pas accessibles directement et le lien direct avec le médecin n'a pas toujours pu être obtenu. De même, la participation était basée sur le volontariat et, force est de constater, que les médecins plus jeunes répondaient davantage favorablement. Ces biais de recrutement doivent être pris en compte dans l'analyse des résultats.

Deux des médecins étaient des connaissances du chercheur, ce qui a pu influencer le déroulé de l'entretien. Pour limiter cette faiblesse, le chercheur avait adopté une attitude professionnelle, neutre et bienveillante.

Tous les entretiens étaient enregistrés par le chercheur. Cette situation inhabituelle aurait pu susciter une certaine retenue dans le discours des médecins interrogés. L'individualisation des entretiens ainsi que l'anonymisation des verbatims avaient pour objectif de limiter ce biais.

IV- Perspectives

Cette étude s'est intéressée à la perception des médecins généralistes sur un dispositif de téléconsultation post urgence au sein de la métropole lilloise. Il serait intéressant de recueillir l'opinion des autres acteurs concernés par TELESCOPE, à savoir les patients et les médecins urgentistes, pour avoir un point de vue global. Les similitudes et les différences pourraient être une autre source d'amélioration du dispositif.

Il serait intéressant de présenter TELESCOPE à d'autres services d'urgence afin de recueillir la perception de médecins urgentistes sur son application éventuelle au sein de leur établissement. Dans une optique d'amélioration de l'accès et de la qualité de la prise en soin, développer TELESCOPE pourrait être une solution pertinente.

Les résultats suggèrent également différentes pistes pour améliorer la communication entre ces acteurs de santé. Les difficultés d'échange entre confrère ont été soulevées sous différents aspects et plusieurs propositions d'amélioration ont été évoquées. La confraternité entre les professionnels semble montrer une efficacité ressentie comme supérieure pour la qualité des soins.

Conclusion

Cette étude a mis en lumière la perception des médecins généralistes sur TELESCOPE.

Les médecins généralistes adhéraient au projet TELESCOPE qu'ils trouvaient pertinent dans son champ d'application. Le bénéfice pour le patient étant leur priorité, cette initiative améliorant la gestion du parcours de soin et la qualité de sa prise en charge était vue favorablement. Les médecins généralistes souhaitaient être informés de la réalisation de la téléconsultation et de son aboutissement. Ils participent au parcours de soin en première ligne et les tenir informés de ces éléments renforce le lien de confiance avec leurs confrères urgentistes.

La télémédecine a une place nouvelle à prendre en médecine et il faut se l'approprier. C'est un nouvel outil à apprivoiser. Elle interroge quant à sa place dans l'offre de soin et suscite quelques craintes qu'il convient de prendre en compte pour bien définir son cadre d'application. Avoir connaissance de ces limites permet de développer l'outil en sécurité pour les patients et les médecins.

Références bibliographiques

1. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s). :18.
2. CAIRN. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. Rev Fr Aff Soc. 2010;(3):11-20.
3. Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires. Rev Fr Aff Soc. 12 juin 2020;(1):353-8.
4. DRESS. Appel à contribution pluridisciplinaire sur : « Les réformes de l'organisation des soins primaires »: Pour le numéro de janvier-mars 2020. Rev Fr Aff Soc. 12 juin 2020;(1):353-8.
5. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. BMC Res Notes. 25 sept 2012;5:525.
6. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017 [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826>
7. Ventelou B, Casseville L. Le manque de médecins : une maladie française ? Dialogue économique [Internet]. févr 2022; Disponible sur: <https://lejournal.cnrs.fr/nos-blogs/dialogues-economiques/le-manque-de-medecins-une-maladie-francaise>
8. Sénat. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. 2017 juill [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-68510.html>
9. DRESS. Les médecins généralistes libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019 mai [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>
10. Ministère des Solidarités et de la santé. Ma santé 2022, recourir au numerique pour mieux soigner. [Internet]. 2019 sept [cité 29 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/ma-sante-2022-des-actions-concretes-dans-les-hauts-de-france>
11. Gautier S, Ray M, Rousseau A, Seixas C, Baumann S, Gaucher L, et al. Soins primaires et COVID-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs. Santé Publique. 2021;33(6):923-34.
12. ARS. Le Projet régional de santé Hauts-de-France 2018-2028 [Internet]. 2023 [cité 12 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028-1>
13. DRESS. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [cité 6 janv 2025]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>
14. ARS. Diagnostic territorialisé de santé de la région des Hauts-de-France [Internet]. 2019 [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france>
15. Cours des comptes. Rapport public annuel 2019 : les urgences hospitalières [Internet]. 2019 [cité 6 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
16. Cordova, Enrique. TÉLÉMÉDECINE AUX URGENCES DE SAINT VINCENT : TÉLÉCONSULTATION POST-URGENCES. 2019.
17. Chavda E, Guedon-Moreau L, Williatte L, Cordova E. Post-emergency teleconsultations during COVID crisis: TELE-SCOPE tool's feedback and epidemiological analysis. Digit Health. déc 2022;8:20552076221081689.
18. DRESS. Éclairer la situation des services des urgences [Internet]. 2024 [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/actualites-evenements/eclairer-la-situation-des-services-des-urgences>
19. Cours des comptes. Les urgences hospitalières, des services toujours trop sollicités, chapitre 6

[Internet]. 2019 [cité 28 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>

20. Christophe GATTUSO. La télémedecine s'impose progressivement à l'hôpital, zoom sur trois projets. Medscape [Internet]. 13 avr 2022 [cité 28 oct 2024]; Disponible sur: <https://francais.medscape.com/voirarticle/3608407>

21. Meulebrouck M. Télémedecine dans les Hauts-de-France : avis, représentations des médecins généralistes et sources d'améliorations [Internet]. 2020 [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892460>

22. Khanchouche H. Téléconsultation en médecine générale : le ressenti des médecins [Internet]. 2020 [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03148465>

Annexes

Annexe 1. Note d'information et formulaire de consentement.....	55
Annexe 2. Avis CIER.....	60
Annexe 3. Guide d'entretien version 1	61
Annexe 4. Guide d'entretien version 2	62
Annexe 5. Guide d'entretien version 3	63
Annexe 6. Grille Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).....	64

Annexe 1. Note d'information et formulaire de consentement



QUALISCOPE Perception des médecins généralistes de la métropole lilloise sur le dispositif de téléconsultation post urgence TELESCOPE dans le parcours de soin du patient		
Responsable du traitement de données	ICL - FMMS Institut Catholique De Lille Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé 56 rue du port - 59046 LILLE CEDEX	GHICL Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille Rue du Grand But - BP 249 59462 LILLE Cedex
Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données	Dr Enrique CORDOVA PH Urgences médico-chirurgicales CH St Vincent de Paul, Boulevard de Belfort cordova.enrique@ghicl.net	
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL	drci@ghicl.net	03 20 22 57 37
Etudiante réalisant sa thèse	Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE ✉ 2015525407@lacatholille.fr ✉ 2015525407@lacatholille.fr	
Référence du protocole	RNIPH-2024-13	

Note d'information **Formulaire de consentement à la recherche et à l'enregistrement de l'entretien**

Madame, Monsieur,

Je suis Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE, interne en médecine générale. Dans le cadre de la fin de mes études, je réalise une thèse sur le dispositif TELESCOPE, instauré à l'hôpital St Vincent de Paul à Lille. Je suis à la recherche de médecins généralistes qui accepteraient de participer à cette étude.

Cette lettre d'information détaille ce projet de recherche et les modalités de participation : n'hésitez pas à me contacter pour toute information complémentaire.

CONTEXTE DE L'ETUDE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Ce projet cherche à recueillir la perception des médecins généralistes sur des téléconsultations post urgence (TELESCOPE) menées par un médecin urgentiste dans les suites d'un passage par leurs urgences. TELESCOPE est un dispositif actuellement testé aux urgences à St Vincent de Paul à Lille. Il prévoit de revoir précocement un patient sans indication formelle d'hospitalisation pour surveiller son évolution et agir en conséquence (confirmer l'absence de pathologie nécessitant des examens complémentaires ou au contraire l'inviter à se présenter à l'hôpital en lui épargnant le temps d'attente en l'adressant directement dans le service approprié). Les médecins généralistes sont informés a posteriori de cette téléconsultation.

L'objectif de la présente étude est de réaliser des entretiens auprès des médecins généralistes pour recueillir leur perception concernant ce dispositif.

VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consiste à accepter de participer à un entretien individuel avec Margaux de GOUBERVILLE - LEFEBURE, pour échanger sur votre perception du dispositif TELESCOPE. Cet entretien sera enregistré (en audio), puis retranscrit afin d'être analysé.

CONFORMITE

Cette étude est menée conformément à la réglementation française applicable aux études cliniques et à la protection des données à caractère personnel (RGPD et loi Informatique et libertés) et à la méthodologie de référence MR 004, éditée par la CNIL.

Son fondement juridique est l'exercice d'une mission d'intérêt public, dont est investi le GHICL en sa qualité de responsable de traitement. Ce traitement de données est nécessaire **à des fins de recherche scientifique**. Le GHICL mettra en œuvre des mesures appropriées permettant de garantir les droits et libertés, notamment le seul recueil de données **strictement nécessaires à la recherche**.

DECISION DE PARTICIPER A LA RECHERCHE

Vous êtes libre de décider de participer ou non à cette recherche : vous pouvez refuser ou vous retirer de la recherche à tout moment sans avoir à donner la raison de votre décision.

- Si vous ne souhaitez pas participer à cette recherche, veuillez ne pas tenir compte de ce courrier
- Si vous acceptez de participer à la recherche, je vous invite à me contacter pour convenir ensemble des modalités de l'entretien.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PARTICIPANTS

➤ **Recueil et utilisation des données**

L'étude est réalisée à partir de données recueillies au cours d'entretiens individuels que je serai seule à mener.

Chaque entretien est enregistré, puis retranscrit et pseudonymisé sur le logiciel WORD.

- L'enregistrement est supprimé dès sa retranscription.
- L'analyse des données se fait à partir de ce document écrit.

Afin de protéger votre vie privée, cette retranscription sera pseudonymisée, c'est-à-dire identifié par un numéro et vos initiales (sans votre nom, ni prénom). Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera apparente sur ce document.

Les données collectées pendant l'entretien seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans des publications relatives à cette même étude. Elles resteront codées sans que jamais votre identité n'apparaisse dans un rapport d'étude ou une publication.

➤ **Vos droits concernant vos données**

En application du Règlement Général sur la Protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687 en date du 1er aout 2018, toute personne dispose :

- d'un droit d'accès à ses données personnelles,
- de rectification sur ses données,
- du droit de demander la limitation du traitement (dans certains cas),
- du droit de demander l'effacement de ses données,
- du droit de s'opposer à tout moment au traitement de ses données.

Il faut entendre par droit d'opposition, le droit dont la personne dispose d'une part de retirer son consentement initialement donné pour la récolte et le traitement des données et, d'autre part, le droit de s'opposer à ce que les données déjà récoltées soient exploitées. Pour le droit d'opposition et la demande d'effacement des données, le responsable de traitement pourra ne pas faire droit à cette demande si cette dernière est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation de l'étude de faisabilité ou de la future étude

La personne peut accéder directement à toutes données de l'étude, en application des dispositions L .1111-7 du Code la Santé Publique. Cependant, certaines de ces informations pourraient n'être disponibles qu'en fin d'étude.

Les droits concernant ces données s'exercent auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'ICL (cf. adresse dans la rubrique Contacts).

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

➤ **La durée de conservation des données**

L'enregistrement audio de l'entretien sera détruit dès sa retranscription.

La retranscription de l'entretien et les autres données relatives à cette étude seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche puis archivées pour une période de 3 ans après la fin de la recherche.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PARTICIPANTS

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, ils seront analysés. La confidentialité des données sera toujours respectée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez également être informée des résultats globaux de l'étude, lorsque ceux-ci seront disponibles, en vous adressant à Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE.

CONTACTS POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette étude, n'hésitez pas à nous contacter :

- Dr Enrique CORDOVA, médecin responsable de l'étude : cordova.enrique@ghicl.net
- Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE, interne réalisant son travail de thèse : ☎ 06 64 25 36 13
2015525407@lacatholille.fr
- L'équipe de recherche du GHICL : 03 20 22 57 37
- La Déléguée à la Protection des données de la FMMS : Mme Anne BUYSSECHAERT, Université Catholique de Lille, +33(0)3 59 56 79 91, dpo@univ-catholille.fr

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (exemplaire participant)

Je, soussigné(e), Mr / Mme _____,

- ☐ **Consens** à participer à l'étude QUALISCOPE proposée par Dr Enrique CORDOVA
- ☐ **Consens** à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien mené par Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE dans le cadre de l'étude QUALISCOPE

Date : _____

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».



➤ QUALISCOPE		
➤ Perception des médecins généralistes de la métropole lilloise ➤ sur le dispositif de téléconsultation post urgence TELESCOPE dans le parcours de soin du patient		
Responsable du traitement de données	ICL - FMMS Institut Catholique De Lille Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé 56 rue du port - 59046 LILLE CEDEX	GHICL Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille Rue du Grand But - BP 249 59462 LILLE Cedex
Responsable principal de la mise en œuvre du traitement de données	Dr CORDOVA Enrique PH Urgences médico-chirurgicales CH St Vincent de Paul, Boulevard de Belfort cordova.enrique@ghicl.net	
Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL	drci@ghicl.net	03 20 22 57 37
Etudiante réalisant sa thèse	Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE ✉ 2015525407@lacatholille.fr ✉ 2015525407@lacatholille.fr	
Référence du protocole	RNIPH-2024-13	

Formulaire de consentement
(Exemplaire chercheur)

Je, soussigné(e), Mr / Mme _____,

- ☐ **Consens** à participer à l'étude QUALISCOPE proposée par Dr Enrique CORDOVA
- ☐ **Consens** à l'enregistrement audio et à la retranscription anonyme des données recueillies au cours de l'entretien mené par Margaux de GOUBERVILLE - LEFÉBURE dans le cadre de l'étude QUALISCOPE

Date : _____

Signature :

« Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour permettre au GHICL de traiter votre demande d'opposition. Elles seront conservées suivant les délais de prescription adéquats. Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation (dans certain cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».



Annexe 2. Avis CIER



COMITE INTERNE D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

IRB 00013355

Président : Pr Sylvestre MARECHAUX

Référence du projet	RNIPH-2024-13	Date de la réunion du CIER	21 mai 2024
---------------------	---------------	----------------------------	-------------

Titre du projet	QUALISCOPE Perception des médecins généralistes de la métropole lilloise sur le dispositif de téléconsultation post-urgence TELESCOPE dans le parcours de soin du patient
Type de projet	Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude qualitative, prospective, monocentrique.

Co-Responsables du traitement de données	GHICL et FMMS		
Responsable de la mise en œuvre du traitement de données	Dr Enrique CORDOVA		
Etudiant	Margaux de GOUBERVILLE	Discipline	Médecine Générale
Lieux de l'étude	Métropole Lilloise	Type de participants	Professionnels

Valorisation envisagée	Thèse, puis publication		
Documents examinés	Protocole	Version 1	21 mai 2024
	Note d'information	Version 1	21 mai 2024

Avis du CIER	Favorable
--------------	-----------

Recommandations	Le CIER reconnaît l'intérêt de ce projet, et rend un avis favorable. Cependant, le responsable de la mise en œuvre du traitement de données est invité à porter une attention particulière aux recommandations suivantes : - Comptabiliser le nombre de médecins éligibles contactés par email qui n'auront pas répondu à l'invitation à participer à l'entretien, et exploiter ce résultat dans la description de la population. - Veiller à enregistrer les données sur le disque dur de l'ordinateur personnel, et non sur un cloud. Le CIER vous recommande d'éviter toute sauvegarde automatique des données de la recherche.
-----------------	--

Les membres du CIER ayant participé à la délibération		
Médecins Experts	Elisabeth BAUMELOU-TORCK	Pr Pierre GOSSET
Médecins représentants le GHICL	Arnaud CHAMBELLAN - Excusé	Johanna TEMIME - Excusée
Médecins représentants la FMM	Marion LEVECOQ - Excusée	Sylvestre MARECHAUX
Médecins représentants la CME	Jacques CHEVALIER - Excusé	Hichem KHENIOUI - Excusé
Experts en recherche clinique	Marie De SOLERE - Excusée	Marie Paule LEBITASY
Sages-femmes du GHICL	Fanny SIKORA - Excusée	Caroline TITRE - Excusée
Sages-femmes représentants la FMM	Romain DEMAILLY	Isabelle VAAST - Excusée
Paramédicaux du GHICL	Mélie DUTILLEUX - Excusée	Christel VANHAMME - Excusée
Psychologues	Marie BUTTITA	Cédric ROUTIER - Excusé
Ethiciens	Emanuele CLARIZIO	Jean Philippe COBBAUT - Excusé
Représentants des usagers	Danièle BERTRAND BUISSON - Excusée	Gilbert PETOUX - Excusé
Expert de l'information médicale	Louis ROUSSELET	-
Déléguée à la protection des données	Sandrine REMY	Jimmy DUBRULLE
Biostatisticien	Laurène NORBERCIAK	-
Coordonnateur du CIER	Domitille TRISTRAM	-
Invitée (pour observation)	Bérénice MARCHANT, ARC promoteur à la DRCI	
Invitée (pour observation)	Audrey TOIA, ARC promoteur à la DRCI	

A Lille, le 27 mai 2024

Rédaction : Domitille TRISTRAM

Valable 12 mois,
Si l'étude n'a pas débuté au cours de ce délai, cet avis devient caduc.

Annexe 3. Guide d'entretien version 1

1/ Quelle est votre expérience personnelle de la télémédecine ?

- Pourriez-vous me raconter votre dernier exemple en date

2/ Quelles sont vos connaissances sur le dispositif de téléconsultation post-urgence TELESCOPE ?

Relance : en aviez-vous connaissance ? de quelle façon (par retour de patient, par courrier, autre) ?

3/ Quel regard portez-vous sur TELESCOPE ?

Relance : quels avantages et inconvénients percevez-vous d'un tel dispositif ?

Carences ?

4/ De quelle manière TELESCOPE modifie les soins ?

5/ TELESCOPE serait-il généralisable à d'autres services d'urgence ? Quel en serait l'impact ?

Relance : Quels en seraient les intérêts ou inconvénients :

- sur votre pratique
- sur les délais de suivi des patients
- sur la relation médecine de ville / hôpital

Annexe 4. Guide d'entretien version 2

1/ Quelle est votre expérience de la télémédecine ?

- Pourriez-vous me raconter votre dernier exemple en date

2/ Quelles sont vos connaissances sur le dispositif de téléconsultation post-urgence TELESCOPE ?

Relance : en aviez-vous connaissance ? de quelle façon (par retour de patient, par courrier, autre) ?

3/ Comment avez-vous perçu TELESCOPE quand vous avez reçu le courrier ?

Auriez-vous aimé que ça soit fait différemment ?

4/ Quel regard portez-vous sur TELESCOPE ?

Relance : quels avantages et inconvénients percevez-vous d'un tel dispositif ?

Carences ?

5/ TELESCOPE serait-il généralisable à d'autres services d'urgence ? Quel en serait l'impact ?

Relance : Quels en seraient les intérêts ou inconvénients :

- sur votre pratique
- sur les délais de suivi des patients
- sur la relation médecine de ville / hôpital

Annexe 5. Guide d'entretien version 3

1/ Quelle est votre expérience de la télémédecine ?

- Pourriez-vous me raconter votre dernier exemple en date

2/ Quelles sont vos connaissances sur le dispositif de téléconsultation post-urgence TELESCOPE ?

Relance : en aviez-vous connaissance ? de quelle façon (par retour de patient, par courrier, autre) ?

3/ Comment avez-vous perçu TELESCOPE quand vous avez reçu le courrier ? Auriez-vous aimé que ça soit fait différemment ?

4/ Quel regard portez-vous sur TELESCOPE ?

Relance : quels avantages et inconvénients percevez-vous d'un tel dispositif ?

Carences ?

5/ Quels seraient vos besoins en tant que médecin généraliste pour améliorer la prise en soin d'un patient après un passage aux urgences ?

6/ TELESCOPE serait-il généralisable à d'autres services d'urgence ? Quel en serait l'impact ?

Relance : Quels en seraient les intérêts ou inconvénients : sur votre pratique / sur les délais de suivi des patients / sur la relation médecine de ville / hôpital

Annexe 6. Grille Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

Title and abstract

Title - Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended

Abstract - Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions

Introduction

Problem formulation - Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement

Purpose or research question - Purpose of the study and specific objectives or questions

Methods

Qualitative approach and research paradigm - Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale**

Researcher characteristics and reflexivity - Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability

Context - Setting/site and salient contextual factors; rationale**

Sampling strategy - How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale**

Ethical issues pertaining to human subjects - Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues

Data collection methods - Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale**

Data collection instruments and technologies - Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
Units of study - Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
Data processing - Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/de-identification of excerpts
Data analysis - Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale**
Techniques to enhance trustworthiness - Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale**

Results/findings

Synthesis and interpretation - Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
Links to empirical data - Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings

Discussion

Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field - Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
Limitations - Trustworthiness and limitations of findings

Other

Conflicts of interest - Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
Funding - Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

AUTEUR : Nom : LEFEBURE - de GOUBERVILLE

Prénom : Margaux

Date de soutenance : 5 mars 2025

Titre de la thèse : Perception des médecins généralistes de la métropole lilloise sur le dispositif de téléconsultation TELESCOPE dans le parcours de soin du patient

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : téléconsultation, parcours de soin, soins premiers, théorisation ancrée

Contexte : La gestion ambulatoire des soins premiers est un enjeu grandissant des politiques de santé face à l'engorgement des urgences, à la médecine de ville difficile d'accès, et à la désertification médicale. Le CHSVP à Lille a créé TELESCOPE dont le but est de revoir rapidement en téléconsultation des patients à risque sortis des urgences. L'objectif était d'étudier la perception des médecins généralistes sur ce dispositif dans le parcours de soin du patient.

Méthode : Cette étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée était réalisée à travers des entretiens semi-dirigés réalisés entre juin et septembre 2024. Cette méthode était choisie car elle était la plus appropriée pour étudier la perception des médecins généralistes.

Résultats : 10 médecins ont été interviewés. L'étude montrait l'adhésion des médecins généralistes à TELESCOPE, reconnaissant sa pertinence et sa cohérence dans le parcours de soin. Le bénéfice du patient était recherché et ils percevaient ce dispositif comme une amélioration pour la qualité de la prise en soin. Cependant, un sentiment d'ambivalence était retrouvé car ils ne percevaient pas toujours sa place dans l'offre de soin existante. La crainte d'un appauvrissement de la prise en soin était soulevée, liée à la téléconsultation, au risque de dérives et de perte d'information. Le sentiment d'exclusion était également soulevé ainsi que certains doutes sur les difficultés de généralisation.

Conclusion : Cette étude a montré l'opinion des médecins généralistes sur TELESCOPE. La télémédecine a une nouvelle place à trouver. C'est un nouvel outil à apprivoiser. Elle interroge quant à sa place dans l'offre de soin et suscite quelques craintes qu'il convient de prendre en compte pour bien définir son cadre d'application. Avoir connaissance de ces limites permet de développer l'outil en sécurité pour les patients et les médecins.

Composition du Jury :

Président : Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs : Docteur Jan BARAN, Docteur Emmanuelle CHAVDA

Directeur de thèse : Docteur Enrique CORDOVA

