

SORBONNE UNIVERSITÉ

**FACULTE DE MEDECINE
SORBONNE UNIVERSITÉ**

ANNEE 2019

SPECIALITE : Médecine générale

THESE N° 2019 ROSUM 006

**PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE Diplôme
d'Etat**

PAR Mme Roxane LIARD

NEE LE 03 juillet 1992 à CHATENAY MALABRY

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
04 avril 2019**

**TITRE : Utilisation des nouvelles technologies dans
l'organisation des soins primaires. Une étude qualitative
auprès des médecins généralistes d'Île de France.**

DIRECTEUR DE THESE : Mme le Dr Lucie RIEU-CLOTET

PRESIDENT DE THESE : Pr Philippe CORNET

MEMBRES DU JURY : Pr Olivier STEICHEN

Mme le Dr Julie CHASTANG

Remerciements

Aux membres du jury :

Je tiens d'abord à remercier très chaleureusement ma directrice de thèse, Dr Lucie RIEU-CLOTET pour son soutien sans faille, ses encouragements et sa disponibilité malgré la distance. Je tiens ensuite à remercier Pr Philippe CORNET pour avoir accepté de présider cette thèse et pour sa réactivité. Merci également au Pr Olivier STEICHEN et au Dr Julie CHASTANG pour me faire l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

Un grand merci aux médecins qui ont accepté de me recevoir pour les entretiens et pour le temps qu'ils m'ont consacré.

A ma famille et mes amis :

Merci à mes parents, Geneviève et Éric, pour leur soutien inébranlable depuis le début, leur présence et leurs encouragements. Merci pour le soutien logistique depuis la P1 et même avant, sans lequel rien de tout ceci n'aurait pu être possible.

Merci à mes frères, Laurent et Ghislain, pour leurs encouragements et leur oreille attentive dans les moments difficiles malgré les nombreux kilomètres qui nous séparent. Merci à Géraldine et Tamsin pour tous les bons moments passés ensemble et les futurs à venir !

Merci à mes amis Maeva, Elisabeth, Sonia, Florent, Maxime, Zélie et Raphaël pour ces belles années ensemble à la fac. A (très) bientôt pour de nouvelles aventures !

(Merci à Archibald pour m'avoir tenu compagnie pendant les longues heures de rédaction.)

Enfin, un immense merci à Alexandre pour ta présence au quotidien, ton soutien dans les moments difficiles, tes conseils toujours avisés et ta patience les lendemains de garde. Nous avons encore plein de beaux moments à partager et de défis à relever ensemble.

A la mémoire de mon grand-père Jean...

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS
--

1	ACAR	Christophe	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	Rééducation fonctionnelle	TENON
5	AMOUR	Julien	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
6	AMOURA	Zahir	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
7	AMSELEM	Serge	Génétique	TROUSSEAU
8	ANDRE	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
9	ANDREELLI	Fabrizio	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
10	ANTOINE	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TENON
11	APARTIS	Emmanuelle	Physiologie	SAINT ANTOINE
12	ARLET	Guillaume	Bactériologie	TENON
13	ARNULF	Isabelle	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
14	ARRIVE	Lionel	Radiologie	SAINT ANTOINE
15	ASSOUAD	Jalal	Chirurgie thoracique	TENON
16	ASTAGNEAU	Pascal	Epidémiologie ²	PITIE-SALPETRIERE
17	AUBRY	Alexandra	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
18	AUCOUTURIER	Pierre	Immunologie	SAINT ANTOINE
19	AUDO	Isabelle	Ophthalmologie	CHNO 15/20
20	AUDRY	Georges	Chirurgie viscérale infantile	TROUSSEAU
21	AUTRAN	Brigitte	Immunologie/bio cellulaire	PITIE SALPETRIERE
22	BACHELOT	Anne	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
23	BALLADUR	Pierre	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
24	BALLESTER	Marcos	Gynécologie Obstétrique	TENON
25	BARBAUD	Annick	Dermatologie	TENON
26	BARROU	Benoît	Urologie	PITIE SALPETRIERE
27	BAUJAT	Bertrand	O.R.L.	TENON
28	BAULAC <i>Surnombre</i>	Michel	Anatomie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
29	BAUMELOU	Alain	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
30	BAZOT	Marc	Radiologie	TENON
31	BEAUGERIE	Laurent	Gastroentérologie/Nutrition	SAINT ANTOINE
32	BEAUSSIER	Marc	Anesthésiologie/Réanimation	SAINT ANTOINE
33	BELMIN	Joël	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
34	BENVENISTE	Olivier	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
35	BERENBAUM	Francis	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
36	BERTOLUS	Chloé	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
37	BILLETTE DE VILLEMEUR	Thierry	Neuro pédiatrie	TROUSSEAU
38	BITKER	Marc Olivier	Urologie	PITIE SALPETRIERE
39	BOCCARA	Franck	Cardiologie	SAINT ANTOINE
40	BODAGHI	Bahram	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
41	BODDAERT	Jacques	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
42	BOELLE	Pierre Yves	Bio statistiques	SAINT ANTOINE
43	BOFFA	Jean-Jacques	Néphrologie	TENON
44	BONNET	Francis	Anesthésiologie/Réanimation	TENON
45	BORDERIE	Vincent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
46	BOUDGHENE-STAMBOULI	Frank	Radiologie	TENON
47	BRICE	Alexis	Génétique	PITIE SALPETRIERE
48	BROCHERIOU	Isabelle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
49	BRUCKERT	Eric	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
50	CACOUB	Patrice	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
51	CADRANEL	Jacques	Pneumologie	TENON

52	CALMUS	Yvon	Bio Cellulaire/Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
53	CALVEZ	Vincent	Virologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAPRON	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
55	CARBAJAL-SANCHEZ	Diomedes	Pédiatrie	TROUSSEAU
56	CARETTE	Marie-France	Radiologie	TENON
57	CARPENTIER	Alexandre	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
58	CARRAT	Fabrice	Biostatistiques/inf médicale	SAINTE ANTOINE
59	CARRIE	Alain	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
60	CATALA	Martin	Histologie et Cytologie	PITIE SALPETRIERE
61	CAUMES	Eric	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
62	CHABBERT BUFFET	Nathalie	Endocrinologie	TENON
63	CHAMBAZ	Jean	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
64	CHARTIER-KASTLER	Emmanuel	Urologie	PITIE SALPETRIERE
65	CHASTRE	Jean	Réanimation chirurgicale	PITIE SALPETRIERE
66	CHAZOILLERES	Olivier	Hépatologie	SAINTE ANTOINE
67	CHERIN	Patrick	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
68	CHICHE	Laurent	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
69	CHIRAS	Jacques	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
70	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
71	CLEMENT	Annick	Pneumologie	TROUSSEAU
72	CLEMENT-LAUSCH	Karine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
73	CLUZEL	Philippe	Radiologie/Imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
74	COHEN	Aron	Cardiologie	SAINTE ANTOINE
75	COHEN	David	Pédo Psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
76	COHEN	Laurent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
77	COLLET	Jean-Philippe	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
78	COMBES	Alain	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
79	CONSTANT	Isabelle	Anesthésiologie/réanimation	TROUSSEAU
80	COPPO	Paul	Hématologie clinique	SAINTE ANTOINE
81	CORIAT	Pierre	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
82	CORNU	Philippe	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
83	CORVOL	Henriette	Pédiatrie	TROUSSEAU
84	CORVOL	Jean-Christophe	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
85	COSNES	Jacques	Gastro Entérologie/Nutrition	SAINTE ANTOINE
86	COULOMB	Aurore	Anatomie/cytolo patho	TROUSSEAU
87	CUSSENOT	Olivier	Anatomie/Urologie	TENON
88	DARAI	Emile	Gynécologie obstétrique	TENON
89	DAUTZENBERG	Bertrand	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
90	DAVI	Frédéric	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
91	DELATTRE	Jean-Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
92	DELHOMMEAU	François	Hématologie biologique	SAINTE ANTOINE
93	DEMOULE	Alexandre	Pneumologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
94	DERAY	Gilbert	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
95	DOMMARGUES	Marc	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
96	DORMONT	Didier	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
97	DOUAY	Luc	Hématologie biologique	TROUSSEAU
98	DOURSOUNIAN	Levon	Chirurgie orthopédique	SAINTE ANTOINE
99	DRAY	Xavier	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
100	DUBOIS	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
101	DUCOU LE POINTE	Hubert	Radiologie	TROUSSEAU
102	DUGUET	Alexandre	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
103	DUPONT DUFRESNE	Sophie	Anatomie/ Neurologie	PITIE SALPETRIERE
104	DURR	Alexandra	Génétique	PITIE SALPETRIERE
105	DUSSAULE	Jean-Claude	Physiologie	SAINTE ANTOINE
106	DUYCKAERTS	Charles	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
107	EL ALAMY	Ismaël	Hématologie biologique	TENON
108	EYMARD	Bruno	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
109	FAIN	Olivier	Médecine interne	SAINTE ANTOINE
110	FARTOUKH	Muriel	Pneumologie/Réanimation	TENON

111	FAUTREL	Bruno	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
112	FERON	Jean-Marc	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
113	FERRE	Pascal	Biochimie/Biologie moléculaire	PITIE SALPETRIERE
114	FEVE	Bruno	Endocrinologie	SAINT ANTOINE
115	FITOUSSI	Franck	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
116	FLEJOU	Jean-François	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
117	FLORENT	Christian	Hépatogastro-entérologie	SAINT ANTOINE
118	FOIX L'HELIAS	Laurence	Pédiatrie	TROUSSEAU
119	FONTAINE	Bertrand	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
120	FOSSATI	Philippe	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
121	FOURET	Pierre	Anatomie/Cytologie pathologique	PITIE SALPETRIERE
122	FOURNIER	Emmanuel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
123	FRANCES	<i>Surnombre</i> Camille	Dermatologie	TENON
124	FUNCK- BRENTANO	Christian	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
125	GALANAUD	Damien	Radiologie et imagerie médicale	PITIE-SALPETRIERE
126	GARBARG CHENON	Antoine	Virologie	TROUSSEAU
127	GIRARD	Pierre Marie	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
128	GIRERD	Xavier	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
129	GLIGOROV	Joseph	Oncologie	TENON
130	GOROCHOV	Guy	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
131	GOSSEC	Laure	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
132	GOUDOT	Patrick	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
133	GRATEAU	Gilles	Médecine interne	TENON
134	GRENIER	<i>Surnombre</i> Philippe	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
135	GRIMPREL	Emmanuel	Urgences pédiatriques	TROUSSEAU
136	GUIDET	Bertrand	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
137	HARTEMANN	Agnès	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
138	HAROCHE	Julien	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
139	HATEM	Stéphane	Département de Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
140	HAUSFATER	Pierre	Thérapeutique/Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
141	HAYMANN	Jean-Philippe	Physiologie	TENON
142	HELFT	Gérard	Chirurgie	PITIE SALPETRIERE
143	HENNEQUIN	Christophe	Parasitologie	SAINT ANTOINE
144	HERSON	<i>Surnombre</i> Serge	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
145	HERTIG	Alexandre	Néphrologie	TENON
146	HOANG XUAN	Khê	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
147	HOURLY	Sydney	Chirurgie digestive/viscérale	TENON
148	HOUSSET	Chantal	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
149	HULOT	Jean Sébastien	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
150	ISNARD-BAGNIS	Corinne	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
151	ISNARD	Richard	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
152	JARLIER	Vincent	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
153	JOUANNIC	Jean-Marie	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
154	JOUVENT	Roland	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
155	JUST	Jocelyne	Pédiatrie	TROUSSEAU
156	KALAMARIDES	Michel	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
157	KAROUÏ	Medhi	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
158	KAS	Aurélie	Biophysique/Médecine nucléaire	PITIE SALPETRIERE
159	KATLAMA	Christine	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
160	KAYEM	Gilles	Gynécologie-Obstétrique	TROUSSEAU
161	KLATZMANN	David	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
162	KOMAJDA	<i>Surnombre</i> Michel	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
163	KOSKAS	Fabien	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
164	LACAU SAINT GUILY	Jean	ORL	TENON
165	LACAVE	Roger	Histologie et Cytologie	TENON
166	LACORTE	Jean-Marc	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
167	LAMAS	Georges	ORL	PITIE SALPETRIERE
168	LANDMAN-PARKER	Judith	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
169	LANGERON	Olivier	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE

170	LAPILLONNE	Hélène	Hématologie biologique	TROUSSEAU
171	LAROCHE	Laurent	Ophthalmologie	CHNO 15/20
172	LAZENNEC	Jean-Yves	Anatomie/Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
173	LE FEUVRE	Claude	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
174	LE GUERN	Eric	Génétique	PITIE SALPETRIERE
175	LE HOANG	Phuc	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
176	LEBLOND	Véronique	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
177	LEENHARDT	Laurence	Endocrinologie/Médecine Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
178	LEFEVRE	Jérémie	Chirurgie générale	SAINT ANTOINE
179	LEGRAND	Ollivier	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
180	LEHERICY	Stéphane	Radiologie/imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
181	LEMOINE	François	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
182	LEPRINCE	Pascal	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
183	LESCOT	Thomas	Anesthésiologie/réanimation	SAINT ANTOINE
184	LETAVERNIER	Emmanuel	Physiologie	TENON
185	LEVERGER	Guy	Hématologie/oncologie pédiatriques	TROUSSEAU
186	LEVY	Rachel	Histologie et Cytologie	TENON
187	LEVY	Richard	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
188	LOTZ	Jean-Pierre	Oncologie médicale	TENON
189	LUBETZKI	Catherine	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUCIDARME	Olivier	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
191	LUYT	Charles	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
192	MAINGON	Philippe	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
193	MARCELIN	Anne Geneviève	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
194	MARIANI	<i>Surnombre</i>	Biologie cellulaire/médecine interne	Charles FOIX
195	MARTEAU	Philippe	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
196	MASQUELET	Alain Charles	Chirurgie Orthopédique	SAINT ANTOINE
197	MAURY	Eric	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
198	MAZERON	<i>Surnombre</i>	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
199	MAZIER	<i>Surnombre</i>	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
200	MENEGAUX	Fabrice	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
201	MENU	Yves	Radiologie	SAINT ANTOINE
202	MEYOHAS	Marie Caroline	Maladies infectieuses/tropicales	SAINT ANTOINE
203	MILLET	Bruno	Psychiatrie d'adultes	PITIE SALPETRIERE
204	MITANCHEZ	Delphine	Néonatalogie	TROUSSEAU
205	MOHTY	Mohamad	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
206	MONTALESCOT	Gilles	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
207	MONTRAVERS	Françoise	Biophysique/Médecine nucléaire	TENON
208	MOZER	Pierre	Urologie	PITIE SALPETRIERE
209	NACCACHE	Lionel	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
210	NAVARRO	Vincent	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
211	NETCHINE	Irène	Physiologie	TROUSSEAU
212	NGUYEN KHAC	Florence	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214	NIZARD	Jacky	Gynécologie – Obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	OPPERT	Jean-Michel	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PAQUES	Michel	Ophthalmologie	CHO 15/20
217	PARC	Yann	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
218	PASCAL-MOUSSELLARD	Hugues	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219	PATERON	Dominique	Thérapeutique/accueil des urgences	SAINT ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	Gériatrie	Charles FOIX
221	PAYE	François	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
222	PERETTI	Charles	Psychiatrie d'Adultes	SAINT ANTOINE
223	PERIE	Sophie	ORL	TENON
224	PETIT	Arnaud	Pédiatrie	TROUSSEAU
225	PIALOUX	Gilles	Maladies infectieuses/tropicales	TENON
226	PLAISIER	Emmanuelle	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	Cytologie et Histologie	
228	POITOU-BERNERT	Christine	Nutrition	PITIE SALPETRIERE

229	POYNARD	<i>Surnombre</i>	Thierry	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
230	PRADAT		Pascale	Rééducation Fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	PUYBASSET		Louis	Anesthésiologie/Réanimation	PITIE SALPETRIERE
232	RATIU		Vlad	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
233	RAUX		Mathieu	Anesthésiologie/réanimation	PITIE SALPETRIERE
234	RAY		Patrick	Réanimation/Médecine Urgence	TENON
235	REDHEUIL		Alban	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236	RIOU		Bruno	Urgences médico chirurgicales	PITIE SALPETRIERE
237	ROBAIN		Gilberte	Rééducation Fonctionnelle	ROTHSCHILD
238	ROBERT		Jérôme	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
239	RODRIGUEZ		Diana	Neurone pédiatrie	TROUSSEAU
240	RONCO		Pierre Marie	Néphrologie / Dialyse	TENON
241	RONDEAU		Eric	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC		Olivier	Hépto Gastro Entérologie	SAINT ANTOINE
243	ROUGER		Philippe	Hématologie	INTS
244	ROUPRET		Morgan	Urologie	PITIE SALPETRIERE
245	ROZE		Emmanuel	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
246	SAHEL		José-Alain	Ophthalmologie	CHNO 15/20
247	SAMSON		Yves	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248	SANSON		Marc	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
249	SARIALI		El Hadi	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
250	SAUTET		Alain	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
251	SCATTON		Olivier	Chirurgie Hépto biliaire	PITIE SALPETRIERE
252	SEILHEAN		Danielle	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
253	SESIK		Philippe	Hépto Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
254	SELLAM		Jérémy	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
255	SEZEUR		Alain	Chirurgie générale	DIACONESSES
256	SIFFROI		Jean-Pierre	Génétique	TROUSSEAU
257	SIMILOWSKI		Thomas	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON		Tabassome	Pharmacologie clinique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL		Harry	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SOUBRIER		Florent	Génétique	PITIE SALPETRIERE
261	SPANO		Jean-Philippe	Oncologie médicale	PITIE SALPETRIERE
262	STANKOFF		Bruno	Neurologie	SAINT ANTOINE
263	STEICHEN		Olivier	Urgences médico chirurgicales	TENON
264	STERKERS		Olivier	ORL	PITIE SALPETRIERE
265	STRAUS		Christian	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
266	SVRCEK		Magali	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
267	TALBOT		Jean-Noël	Médecine nucléaire	TENON
268	TANKERE		Frédéric	ORL	PITIE SALPETRIERE
269	THABUT		Dominique	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
270	THOMAS	<i>Surnombre</i>	Guy	Médecine légale/Psy d'adultes	SAINT ANTOINE
271	THOMASSIN-NAGGARA		Isabelle	Radiologie	TENON
272	THOUMIE		Philippe	Rééducation fonctionnelle	ROTHSCHILD
273	TIRET	<i>Surnombre</i>	Emmanuel	Chirurgie générale/digestive	SAINT ANTOINE
274	TOUBOUL		Emmanuel	Radiothérapie	TENON
275	TOUNIAN		Patrick	Gastroentérologie/nutrition	TROUSSEAU
276	TOURAINÉ		Philippe	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
277	TRAXER		Olivier	Urologie	TENON
278	TRESALLET		Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
279	TRUGNAN		Germain	Biochimie	SAINT ANTOINE
280	TUBACH		Florence	Biostatistiques/inf médicale	PITIE SALPETRIERE
281	ULINSKI		Tim	Pédiatrie	TROUSSEAU
282	UZAN		Catherine	Chirurgie générale/Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
283	VAILLANT		Jean-Christophe	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
284	VERNY		Marc	Médecine interne/Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
285	VIALLE		Raphaël	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
286	VIDAILHET		Marie José	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
287	VIGOUROUX		Corinne	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE

288 WALTI
289 WENDUM
290 WISLEZ

Hervé
Dominique
Marie

Pédiatrie / Néonatalité
Anatomie pathologique
Pneumologie

TROUSSEAU
SAINT ANTOINE
TENON

MEDECINE GENERALE

MAGNIER
CORNET (surnombre)

Anne Marie
Philippe

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS**

1 ALLENBACH <i>Stagiaire</i>	Yves	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2 AMIEL	Corinne	Virologie	TENON
3 ARON WISNEWSKY	Judith	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
4 ATLAN	Michael	Chirurgie reconstructrice	TENON
5 AUBART COHEN	Fleur	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6 BACHET	Jean-Baptiste	Hépto Gastro Entérologie	PITIE SALPETRIERE
7 BACHY <i>Stagiaire</i>	Manon	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
8 BARBU	Véronique	Biochimie	SAINT ANTOINE
9 BELLANNE-CHANTELOT	Christine	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10 BELLOCQ	Agnès	Physiologie/Explo fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
11 BENOLIEL	Jean-Jacques	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
12 BENSIMON	Gilbert	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
13 BERLIN	Ivan	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
14 BIELLE <i>Stagiaire</i>	Franck	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15 BILHOU-NABERA	Chrystèle	Génétique	SAINT ANTOINE
16 BIOUS	Michel	Pharmacologie	SAINT ANTOINE
17 BLONDIAUX	Eléonore	Radiologie	TROUSSEAU
18 BOISSAN	Matthieu	Biologie cellulaire	TENON
19 BOUHERAOUA <i>Stagiaire</i>	Nacim	Ophthalmologie	15/20
20 BOULE	Michèle	Physiologie	TROUSSEAU
21 BOURRON	Olivier	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22 BOUTOLLEAU	David	Virologie	PITIE SALPETRIERE
23 BRIOUDE	Frédéric	Physiologie	TROUSSEAU
24 BRISSOT <i>Stagiaire</i>	Eolia	Hématologie clinique	SAINT ANTOINE
25 BUOB	David	Anatomie pathologique	TENON
26 BURREL	Sonia	Virologie	PITIE SALPETRIERE
27 CANLORBE <i>Stagiaire</i>	Geoffroy	Chirurgie /Gynécologie	PITIE SALPETRIERE
28 CERVERA	Pascale	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
29 CHAPIRO	Elise	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
30 CHAPPUY	Hélène	Pédiatrie	TROUSSEAU
31 CHARLOTTE	Frédéric	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
32 CLARENCON	Frédéric	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
33 COMPERAT	Eva Maria	Anatomie pathologique	TENON
34 CONTI -MOLLO	Filomena	Bio cellulaire Chirurgie hépatique	PITIE SALPETRIERE
35 COTE	Jean-François	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
36 COULET	Florence	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37 COUVERT	Philippe	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38 DANZIGER	Nicolas	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
39 DECRE	Dominique	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
40 DEGOS	Vincent	Anesthésiologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
41 DUPONT <i>Stagiaire</i>	Charlotte	Biologie de la reproduction	TENON
42 ECKERT <i>Stagiaire</i>	Catherine	Virologie	SAINT ANTOINE
43 ERRERA	Marie-Hélène	Ophthalmologie	CHNO 15/20
44 ESCUDIER	Estelle	Histologie/Génétique	TROUSSEAU
45 FAJAC-CALVET	Anne	Histologie Embryologie	TENON
46 FEKKAR	Arnaud	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
47 FERRERI	Florian	Psychiatrie Adultes	SAINT ANTOINE
48 FREUND	Yonathan	Médecine d'Urgences	PITIE SALPETRIERE
49 GANDJBAKHCH <i>Stagiaire</i>	Estelle	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
50 GARDERET	Laurent	Hématologie	SAINT ANTOINE
51 GAURA-SCHMIDT	Véronique	Biophysique	TENON
52 GAY	Frederick	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
53 GAYMARD	Bertrand	Physiologie	PITIE SALPETRIERE

54	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	Médecine interne	TENON
55	GEROTZIAFAS	Grigoris	Hématologie clinique	TENON
56	GIRAL	Philippe	Endocrinologie/Métabolisme	PITIE SALPETRIERE
57	GOZLAN	Joël	Bactériologie Virologie	SAINT ANTOINE
58	GUIHOT THEVENIN	Amélie	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
59	GUITARD	Juliette	Parasitologie	SAINT ANTOINE
60	HABERT	Marie-Odile	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
61	HUBERFELD	Gilles	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
62	HYON	Capucine	Histologie Embryologie	TROUSSEAU
63	ID BAIH	Ahmed	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
64	IRTAN	Sabine	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
65	JERU	Isabelle	Génétique	SAINT ANTOINE
66	JOHANET	Catherine	Immunologie	SAINT ANTOINE
67	JOYE	Nicole	Génétique	SAINT ANTOINE
68	KARACHI AGID	Carine	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
69	KIFFEL	Thierry	Biophysique/Méd. Nucléaire	TENON
70	KINUGAWA-BOURRON	Kiyoka	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
71	LACOMBE	Karine	Maladies Infectieuses	SAINT ANTOINE
72	LACOMBLEZ	Lucette	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
73	LAFUENTE	Carmelo	Médecine interne/Gériatrie	Charles FOIX
74	LAMAZIERE	Antonin	Biochimie	SAINT ANTOINE
75	LAMBERT-NICLOT <u>Stagiaire</u>	Sidonie	Bactériologie	SAINT ANTOINE
76	LAPIDUS	Nathanaël	Biostatistiques / informatique médicale	SAINT ANTOINE
77	LASCOLS	Olivier	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
78	LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie	SAINT ANTOINE
79	LAURENT	Claudine	Pédopsychiatrie	PITIE SALPETRIERE
80	LAVENEZIANA	Pierantonio	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
81	LE BIHAN	Johanne	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
82	LEBRETON	Guillaume	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
83	LUSSEY-LEPOUTRE <u>Stagiaire</u>	Charlotte	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
84	MAKSUD	Philippe	Biophysique/Méd. Nucléaire	PITIE SALPETRIERE
85	MEKINIAN	Arsène	Médecine interne	SAINT ANTOINE
86	MESNARD	Laurent	Néphrologie	TENON
87	MOCHEL	Fanny	Génétique	PITIE SALPETRIERE
88	MOHAND-SAID	Saddek	Ophthalmologie	CHNO 15/20
89	MORAND	Laurence	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
90	MORENO-SABATER	Alicia	Parasitologie	SAINT ANTOINE
91	NAVA <u>Stagiaire</u>	Caroline	Génétique	PITIE SALPETRIERE
92	NGUYEN <u>Stagiaire</u>	Yann	O.R.L.	PITIE SALPETRIERE
93	PEYRE	Matthieu	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
94	PLU	Isabelle	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
95	POIRIER	Jean-Marie	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
96	POURCHER	Valérie	Maladies infectieuses/tropicales	PITIE SALPETRIERE
97	QUESNEL	Christophe	Anesthésiologie	TENON
98	RAINTEAU	Dominique	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
99	REDOLFI	Stefania	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
100	RENARD-PENNA <u>Stagiaire</u>	Raphaële	Radiologie et imagerie médicale	TENON
101	ROOS-WEIL <u>Stagiaire</u>	Damien	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
102	ROSENBAUM <u>Stagiaire</u>	David	Thérapeutique/Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROSENHEIM	Michel	Epidémiologie/Santé publique	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	Urgences cérébro vasculaires	PITIE SALPETRIERE
106	ROUSSEAU	Géraldine	Chirurgie générale	PITIE SALPETRIERE
107	SAADOUN	David	Médecine interne	PITIE-SALPETRIERE
108	SCHMIDT <u>Stagiaire</u>	Mathieu	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
109	SCHNURIGER	Aurélie	Bactériologie-Virologie	TROUSSEAU
110	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	Santé Publique	TENON
111	SERVAIS	Laurent	Chirurgie orthopédique pédiatrie	TROUSSEAU
112	SILVAIN	Johanne	Département de Cardiologie	PITIE-SALPETRIERE
113	SORIA	Angèle	Dermatologie/Allergologie	TENON
114	SOUGAKOFF	Wladimir	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
115	SOUSSAN	Patrick	Virologie	TENON

116	TANKOVIC	Jacques	Bactériologie virologie	SAINTE ANTOINE
117	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Biostatistiques / informatique médicale	PITIE SALPETRIERE
118	THELLIER	Marc	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
119	TISSIER-RIBLE	Frédérique	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
120	TOUITOU	Valérie	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
121	TOURRET	Jérôme	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
122	VATIER	Camille	Biologie cellulaire	SAINTE ANTOINE
123	VAYLET	Claire	Biophysique/Méd. Nucléaire	TROUSSEAU
124	VEZIRIS	Nicolas	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
125	VIMONT BILLARANT	Sophie	Bactériologie	TENON
126	WAGNER <i>Stagiaire</i>	Mathilde	Radiologie et imagerie médicale	PITIE SALPETRIERE
127	YORDANOV <i>Stagiaire</i>	Youri	Thérapeutique/Médecine d'urgences	TENON

MEDECINE GENERALE

IBANEZ	Gladys
CADWALLADER	Jean-Sébastien

Table des matières

I. INTRODUCTION	13
A. DEFINITION DES SOINS PRIMAIRES	14
B. L'ESSOR DES NOUVELLES TECHNOLOGIES.....	14
C. L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES PAR LES MEDECINS	15
II. METHODES	17
A. TYPE D'ETUDE	17
B. DECONSTRUCTION DES <i>A PRIORI</i> ET POSTURES	17
C. POPULATION	18
D. RECUEIL DES DONNEES	18
E. ANALYSE THEMATIQUE.....	19
F. ETHIQUE.....	19
III. RESULTATS	20
A. POPULATION	20
B. ANALYSE THEMATIQUE.....	22
1. <i>Utilisation actuelle des NT par les MG</i>	22
2. <i>La place des NT au sein des missions du MG.</i>	36
3. <i>Les inconvénients de l'utilisation des NT</i>	67
IV. DISCUSSION	72
A. RESULTATS PRINCIPAUX.....	72
B. FORCES.....	73
C. FAIBLESSES.....	74
D. COMPARAISON A LA LITTERATURE.....	75
1. <i>Les NT et l'exercice de la médecine</i>	75
2. <i>Les NT et la recherche en médecine générale.</i>	75
3. <i>Les NT et les échanges médecin-patients.</i>	76
4. <i>La peur face aux NT</i>	77
E. SIGNIFICATIONS.....	79
F. PERSPECTIVES.....	80
1. <i>Les outils existent déjà</i>	80
2. <i>Le début de la télé médecine.</i>	82
3. <i>Le DMP</i>	83
4. <i>Des dispositifs peu utilisés par les médecins.</i>	84
5. <i>Des sites Internet fiables</i>	85
6. <i>Améliorer le contenu médical d'Internet.</i>	86
7. <i>La mise en place du cadre juridique.</i>	87
8. <i>Privilégier l'humain.</i>	90
V. CONCLUSION	94
VI. BIBLIOGRAPHIE	95
VII. ANNEXES	98
A. ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	98
B. ANNEXE 2 : EXEMPLE DE NOTICE D'INFORMATION POUR LA GESTION D'UN CABINET MEDICAL DU GUIDE PRATIQUE SUR LA PROTECTION DE DONNEES PERSONNELLES. CNIL ET CNOM JUIN 2018.....	100

Table des illustrations

FIGURE 1 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	21
FIGURE 2 : L'AVIS DES MG SUR LES LOGICIELS MEDICAUX	22
FIGURE 3 : LES AVANTAGES DES LOGICIELS MEDICAUX	26
FIGURE 4 : LES INCONVENIENTS DES LOGICIELS MEDICAUX	28
FIGURE 5 : LES CRITERES DE CHOIX DES LOGICIELS MEDICAUX.....	29
FIGURE 6 : LES AMELIORATIONS DES LOGICIELS IMAGINEES	31
FIGURE 7 : L'UTILISATION D'INTERNET ET DES APPLICATIONS PAR LES MEDECINS ET LES PATIENTS.....	33
FIGURE 8 : LA PLACE DES NT DANS LES MISSIONS DU MG.....	36
FIGURE 9 : LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES	41
FIGURE 10 : LA TELEMEDECINE	59
FIGURE 11 : MISSIONS POUR LESQUELLES LES NT N'ONT PAS D'INTERET	64
FIGURE 12 : LES INCONVENIENTS DES NT	67
FIGURE 13 : PRINCIPAUX RESULTATS	72
FIGURE 14 : LE PROCESSUS DE CHANGEMENT SELON BECKARD (1994)	80

Principales abréviations

NT : Nouvelles technologies de l'information et de la communication

MG : Médecin généraliste

DMP : Dossier médical partagé

DGE : Direction générale des entreprises

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

NHS : National Health Service

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

IPA : Infirmièr(e) de pratique avancée

IA : Intelligence artificielle

I. Introduction

A. Définition des soins primaires

Les soins primaires ont été définis en 1978 à Alma Alta par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays » (1). Selon la WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners /Family Physicians), le médecin de soins primaires est celui qui peut donner une réponse à 90% des patients dans 90% des cas. En France, la définition des soins primaires a été plus tardive. Dans la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009, les soins primaires comprennent « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients » ainsi que « l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social » et « l'éducation pour la santé. » En 2016, dans la loi de modernisation du système de santé, l'article 64 définit la création d'équipes de soins primaires comme « un ensemble de professionnels de santé constitués autour de médecins généralistes de premier recours (...)»(2).

B. L'essor des nouvelles technologies

La place des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NT) dans les cabinets n'est plus à démontrer. Les NT englobent tous les systèmes qui facilitent la communication et les échanges d'informations, tels que l'informatique ou Internet(3). En 2017, 96% des médecins généralistes (MG) déclaraient disposer d'un logiciel informatique et 63% des médecins étaient des utilisateurs fréquents des technologies numériques (4). Du côté des patients, en 2013, environ 1 français sur 2 déclarait avoir utilisé Internet pour chercher des informations

ou échanger à propos de sa santé. Un tiers d'entre eux utilisait des applications mobiles (5). L'utilisation d'outils connectés dans le suivi de patients atteints de maladies chroniques a déjà montré son intérêt dans l'amélioration de la qualité de vie des patients, la réduction du nombre d'hospitalisations ou encore la diminution des coûts de santé (6). Dans son livre vert sur la santé mobile, la Commission Européenne met en perspective les potentiels et les enjeux à relever (7). La responsabilisation du patient ainsi qu'une amélioration de la prévention y sont développés. Il est aussi décrit une amélioration attendue de l'efficacité des systèmes de santé. Les économies estimées seraient faites grâce aux échanges de données à distance. Le soignant pourrait alors surveiller à distance une plus grande part de patients. L'éducation du patient et le support informatif fourni pourraient aider le patient à gérer lui-même la majorité des situations qu'il rencontre. Il est estimé que l'utilisation de dispositifs mobiles pourrait faire 30% de temps médical ou paramédical.

C. L'utilisation des nouvelles technologies par les médecins

Même s'ils utilisent de plus en plus les nouvelles technologies, les médecins s'estiment peu formés et en attendent plus. Selon une étude IPSOS et ASIP Santé réalisée en 2017, seulement 16% des médecins interrogés s'estimaient très bien formés à l'utilisation des nouvelles technologies dans les échanges avec leurs confrères. Dans cette même étude, 55% des MG attendent de l'utilisation des nouvelles technologies une amélioration de la coopération ville-hôpital. Ils sont aussi 89% à considérer la perte de la confidentialité comme le principal risque. Considérant l'utilisation de plateformes connectées type carnet de santé connecté, le constat est qu'à la fois les médecins et les patients arrêtent de les utiliser au bout de quelques mois (8). Un travail de thèse a étudié pourquoi les médecins arrêtaient d'utiliser un outil connecté. L'outil proposé aux médecins interrogés semblait ne pas répondre à leurs besoins ni à leurs attentes. Aucune étude n'a recherché ce que les MG attendaient des nouvelles technologies ou ce dont ils avaient besoin

dans leur exercice quotidien. La question à laquelle cette thèse va essayer de répondre est quelles sont les attentes des MG d'Ile de France vis-à-vis des nouvelles technologies dans leur exercice au sein des soins primaires.

II. Méthodes

A. Type d'étude

Le but de cette étude était d'explorer les attentes des MG vis-à-vis des nouvelles technologies et de déterminer comment ces dernières peuvent s'intégrer dans leur pratique actuelle. L'analyse qualitative par la méthode de l'analyse thématique nous a semblé la mieux adaptée pour répondre à la question posée. L'étude a reposé sur des entretiens semi-directifs.

B. Déconstruction des *a priori* et postures

Avant de commencer ce travail, nous avons cherché à déterminer quelles seraient nos réponses aux questions posées, quelles réponses nous attendions de la part des médecins *a priori* et ce qui nous surprendrait. Le but de cette préparation était de déconstruire nos *a priori* et de prendre en compte nos propres représentations sur la question.

Au début de notre travail, nous souhaitions établir de quelles technologies avaient besoin les médecins généralistes et quelles fonctionnalités ils souhaitaient dans leur logiciel médical. Nous avions comme postulat de départ qu'ils voudraient de plus en plus d'aide dans leur pratique, de l'aide au diagnostic, de l'aide à la prescription et qu'ils étaient surchargés de travail administratif qui entravait leur pratique médicale. Nous nous attendions au fait que certains médecins aient peur que les nouvelles technologies les remplacent. Nous aurions été surprises si les médecins n'avaient besoin d'aucune aide et s'ils refusaient l'utilisation des nouvelles technologies. En réalisant le guide d'entretien et en faisant les premiers entretiens, nous nous sommes rendues compte que les technologies existaient déjà, et que ceux qui en avaient besoin étaient allés les chercher. La question plus pertinente serait plutôt comment les médecins arrivent à intégrer ces

technologies dans leur pratique quotidienne. Ces *a priori* ont été notés dans un carnet de bord qui a été tenu durant la maturation du sujet, les entretiens et l'analyse.

C. Population

La population cible de l'étude se composait de MG installés ou remplaçants réguliers exerçant en Ile de France. Les MG ont été inclus jusqu'à saturation des données. Les MG ont été recrutés à partir du recueil des pages jaunes en sélectionnant des zones autour des lieux d'exercice de l'investigatrice pour des raisons de praticité. Une trentaine de médecins ont été contactés par message électronique ou par téléphone. Dix ont répondu à la demande d'entretien. Les autres MG ont été recrutés parmi les connaissances de l'investigatrice.

Le recrutement s'est fait en veillant à une variation maximale des expériences en termes d'âge, de sexe et de niveau d'utilisation habituel de nouvelles technologies.

D. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin interrogé, en face à face, par l'enquêtrice Mme R. Liard. Un guide d'entretien avait été construit au préalable par Mme R. Liard et le Dr L. Rieu-Clotet, formée à la recherche qualitative. Il est présenté en annexe 1. Le contenu des entretiens a été recueilli grâce à deux supports différents : un téléphone portable Lenovo et un ordinateur portable Mac Book Pro. Le consentement oral et écrit des médecins a été recueilli avant le début de l'enregistrement. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits en verbatim de façon anonyme. Les rires, langages non verbaux et temps de réflexion ont été retranscrits.

E. Analyse thématique

Le codage a été réalisé sur Word®. Le codage descriptif était fait entretien par entretien. L'encodage était inductif : le verbatim était découpé en unités de sens puis un code non interprétatif lui était attribué. Les codes étaient éventuellement modifiés en fonction des verbatim. Lorsque trois entretiens étaient codés, on passait à l'analyse thématique de leurs codes. Lorsque tous les entretiens ont été codés, l'analyse transversale a été faite en mettant en commun les thèmes émergents. La saturation a été atteinte lorsque deux entretiens de suite n'ont pas fait émerger de code pertinent.

La grille de qualité pour la recherche qualitative COREQ avait été consultée et utilisée pour la rédaction de cette thèse.

F. Ethique

Les interviewés étant des médecins et le sujet d'étude ne traitant pas de thérapeutique, il n'a pas été jugé nécessaire de demander l'accord à un comité d'éthique.

III. Résultats

A. Population

La saturation des données a été atteinte au bout de 12 entretiens, et confirmée par 2 entretiens supplémentaires. Les entretiens ont été faits entre novembre 2017 et octobre 2018. Les caractéristiques des 14 médecins interrogés ont été résumées dans le tableau 1. Il y avait huit femmes et six hommes. Ils avaient entre 28 et 66 ans. L'âge moyen était de 49 ans. En moyenne, ils exerçaient depuis 19 ans. Ils exerçaient soit en cabinet soit en Maison de Santé. Deux des médecins étaient remplaçants. Trois médecins utilisaient les nouvelles technologies de façon occasionnelle dans leur exercice professionnel. Un médecin n'avait pas d'ordinateur dans son cabinet, une autre n'y avait pas de connexion Internet. Les autres médecins utilisaient de façon quotidienne les nouvelles technologies dans leur exercice professionnel et dans leur vie quotidienne. Quatre médecins étaient maitres de stages universitaires (MSU). Les entretiens ont duré entre 32 minutes et 1 heure 09 avec une moyenne de 44 minutes.

N°	Sexe	Age	Type d'exercice	Durée d'exercice	Utilisation NT vie professionnelle	Utilisation NT vie personnelle	Caractéristiques particulières
E1	M	28 ans	Remplaçant	1 an	Quotidienne	Quotidienne	
E2	F	51 ans	Libéral	20 ans	Quotidienne	Quotidienne	
E3	F	31 ans	Libéral	3 ans	Quotidienne	Quotidienne	
E4	M	61 ans	Libéral et Maison de Santé	30 ans	Quotidienne	Quotidienne	MSU
E5	M	62 ans	Libéral	33 ans	Occasionnelle	Occasionnelle	
E6	F	34 ans	Maison de santé	6 ans	Quotidienne	Quotidienne	MSU
E7	F	56 ans	Libéral	20 ans	Quotidienne	Quotidienne	
E8	M	58 ans	Maison de santé	30 ans	Quotidienne	Quotidienne	MSU
E9	F	32 ans	Remplaçant	4,5 ans	Quotidienne	Quotidienne	
E10	M	66 ans	Libéral	33 ans	Occasionnelle	Quotidienne	
E11	F	48 ans	Libéral	17 ans	Quotidienne	Quotidienne	
E12	F	50 ans	Libéral	25 ans	Quotidienne	Quotidienne	MSU
E13	M	55 ans	Libéral	24 ans	Quotidienne	Quotidienne	
E14	F	55 ans	Libéral	18 ans	Occasionnelle	Occasionnelle	

Figure 1 : Caractéristiques de la population

B. Analyse thématique

1. Utilisation actuelle des NT par les MG

a) Les logiciels médicaux

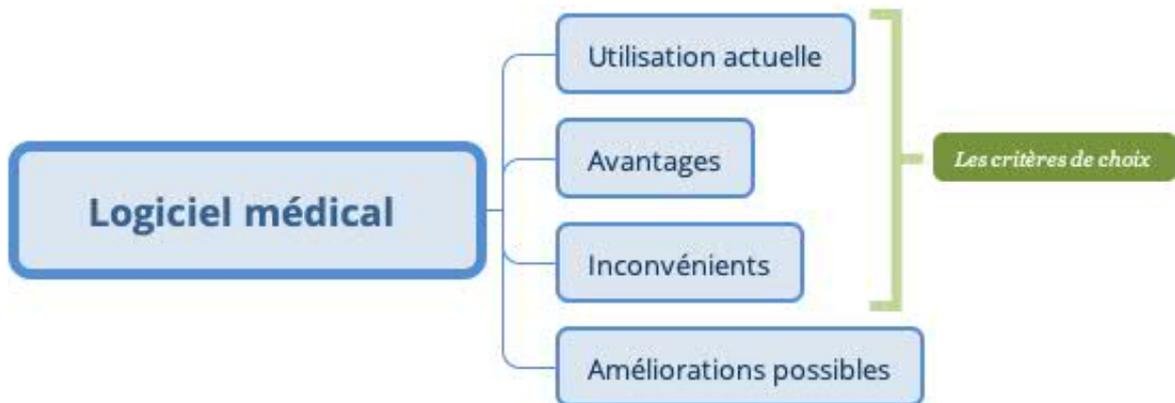


Figure 2 : L'avis des MG sur les logiciels médicaux

Utilisation actuelle des logiciels médicaux

Tous les médecins, excepté deux, utilisaient un logiciel médical dans leur exercice.

E5 « Je n'ai pas d'ordinateur comme vous pouvez le constater »

Les principales fonctionnalités utilisées étaient :

-Le stockage du dossier patient

E9 « On peut voir assez facilement les anciennes consultations donc c'est assez pratique »

-Le recueil des analyses et comptes rendus

E9 « ou on peut scanner directement les comptes rendus les mettre sur le dossier »

-La réalisation des ordonnances

E8 « leur intérêt dans l'aide à la prescription, ça c'est sûr que c'est très utile, ça fonctionne bien »

-Les rappels proposés par le logiciel.

E2 « Mais bon ça c'est pas mal oui pour les rappels de vaccinations, pour les rappels de colo pour les examens à faire »

La majorité des médecins n'utilisait qu'un nombre réduit des possibilités du logiciel médical.

E1 « C'est vrai qu'on a tendance à ... à utiliser vraiment les trucs principaux et pas ... et y'a plein de sous sections sur lesquelles on ne va pas. »

Les autres fonctionnalités n'étaient pas utilisées pour plusieurs raisons :

-L'utilisation était trop compliquée et chronophage.

E6 « plutôt que de paramétrer un rappel selon les logiciels ça peut être assez long. Il faut que je rentre le nom du vaccin exact, le numéro de lot ... en fait y'a plusieurs procédures qui font que je préfère largement y penser moi-même. »

-Les MG ressentent le besoin d'être formés pour pouvoir utiliser toutes les fonctionnalités.

E3 « les gens qui ... qui conçoivent les logiciels viennent nous former à toutes les petites subtilités qui pourraient améliorer notre pratique »

Cependant, beaucoup de médecins reconnaissent que certaines fonctionnalités du logiciel qu'ils n'utilisent pas pourraient leur être utiles.

E14 « quand j'ai des certificats d'aptitude de sport etc, je les écris manuellement parce que je sais pas faire dans l'ordinateur et que ça finalement, que ce soit ça ou que ce soit toute une série de

certificats de non contre-indication, ou de collectivité, ça ça, ça ça fait gagner du temps quand vous avez du monde »

La fiabilité du matériel informatique utilisé était primordiale.

E8 « Donc on a zéro papier. Donc on a des scanners efficaces, encombrants d'ailleurs »

Un médecin a noté que l'utilisation d'un logiciel peut amener le MG à **changer sa pratique**.

E8 « C'est à dire que c'est presque un peu pernicieux. C'est à dire qu'on va parfois modifier nos habitudes par rapport à l'outil, voilà ... euh mais quand on l'a fait nous c'était plutôt parce qu'on pensait que le choix qui avait été fait par le logiciel était plutôt une bonne idée »

Les deux médecins qui utilisaient des dossiers papiers justifiaient leur choix par les arguments suivants :

-Ils étaient confrontés à des problèmes techniques les empêchant de mettre en place les outils voulus.

E5 « le technicien de la Sécurité Sociale a essayé par deux fois de me ... de paramétrer mon ordinateur qui est tout neuf hein. Il a même pas un an. Et, et ça n'a pas marché ! »

-La transcription des dossiers papiers dans un nouveau logiciel prenait du temps.

E10 « il faudrait tout numériser. Donc le frein, c'est un frein de temps matériel. »

-Un des médecins mettait sur le compte de l'âge le fait de ne pas utiliser les nouveaux outils numériques.

E5 « On va dire que je suis un vieux médecin, qui a raté le virage de l'informatique »

-Ils avaient peur que le logiciel s'interpose entre les patients et eux.

E5 « c'est peut-être ce qui m'a un petit peu freiné aussi ... probablement même beaucoup freiné dans l'acquisition d'un logiciel. »

Les médecins qui ne faisaient pas les ordonnances sur le logiciel le faisaient pour plusieurs raisons :

-Ils n'avaient pas l'impression de gagner du temps en le faisant sur le logiciel

E2 ligne 40 « Ecrire une ordonnance ça prend pas plus de temps que de cliquer et la ressortir. »

-Ils avaient l'impression de perdre le contrôle sur leur prescription

E2 « Et puis voilà, j'accepte de pouvoir me tromper, d'oublier, c'est moi qui fait l'erreur, pas mon ordi. Donc euh j'assume totalement. Une erreur parce que j'ai mal lu un truc ou ... ah non ça j'assume pas du tout. »

-Les bases de données médicamenteuses proposaient trop de choix de médicaments pour les MG.

E11 « Y'a beaucoup de choix, a priori y'a beaucoup de choix, ça va pas être facile de choisir. »

-Ils préféraient écrire à la main

E2 « Et puis j'aime écrire donc »

Avantages du logiciel médical

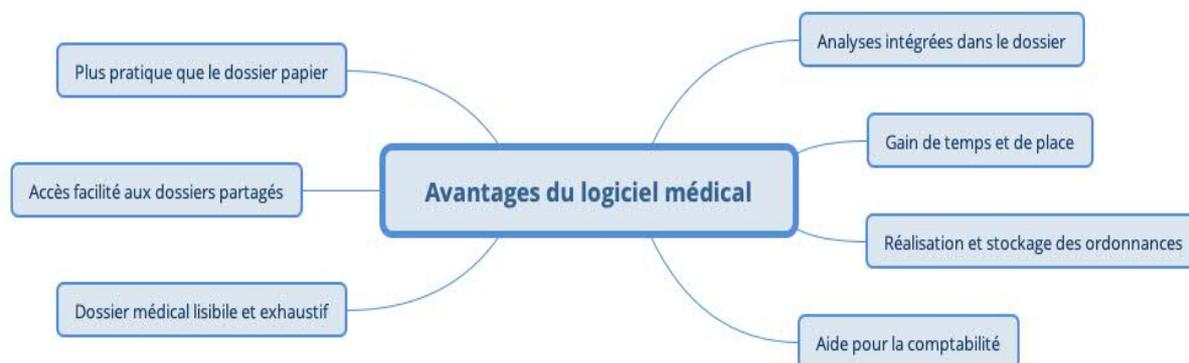


Figure 3 : Les avantages des logiciels médicaux

Le dossier médical sur le logiciel était **plus pratique que le dossier papier**.

E1 « C'est quand même beaucoup mieux... Quand j'ai remplacé j'ai fait du papier et le dossier informatisé, c'est vraiment vraiment pratique » ligne 19

Les dossiers médicaux étaient **plus faciles d'accès** sur les logiciels médicaux en cas de dossiers partagés.

E9 « On a une consultation, moi en tant que remplaçante je ne connais pas les patients donc c'est bien de pouvoir accéder rapidement à des informations et de pas avoir à chercher dans les différents dossiers et pouvoir tout avoir facilement »

Le dossier médical sur logiciel était **plus lisible et exhaustif** que sur un dossier papier.

E7 « C'est quand même plus facile d'avoir tout. Pour les antécédents et les traitements, on voit ça tout de suite quoi »

Les résultats d'analyse et comptes rendus étaient **reçus et intégrés facilement** dans le logiciel.

E1 « C'est vrai que là sur le logiciel quand on est connectés avec le laboratoire à côté de chez nous, on reçoit tous les résultats, »

Le dossier informatique permettait un **gain de place** comparé au papier.

E3 « ça aussi, gain de place »

L'utilisation du logiciel permettait un **gain de temps**.

E7 « c'est un gain de temps terrible. »

Le logiciel permettait une **aide à la réalisation et au stockage des ordonnances** générées.

E1 « tu fais tes ordonnances quand même beaucoup plus vite, y'a une traçabilité des ordonnances. »

Le logiciel médical proposait des **rappels au médecin sur les échéances de suivi** des patients.

E2 « Mais bon ça c'est pas mal oui pour les rappels de vaccinations, pour les rappels de colo, pour les examens à faire ».

Deux médecins ont relevé que le logiciel médical offrait une **aide à la comptabilité**.

E1 « Pour faire la compta aussi, c'est quand même plus pratique. (rires) Quand on n'est pas formés c'est vrai que ça peut être pas mal. »

Inconvénients des logiciels médicaux.

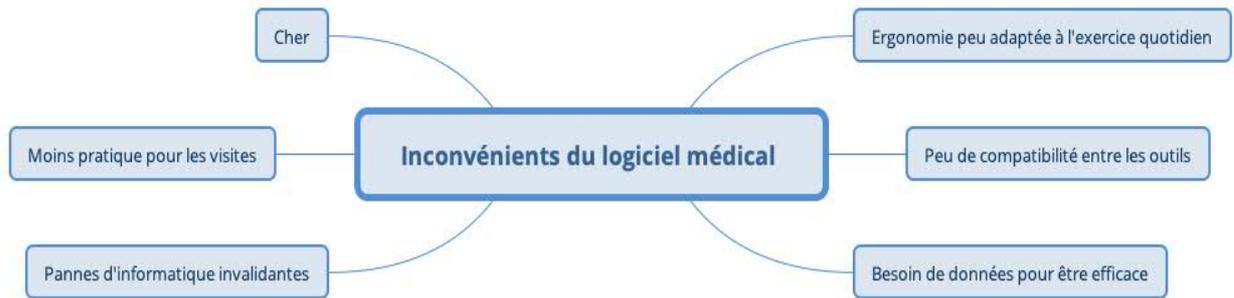


Figure 4 : Les inconvénients des logiciels médicaux

Les logiciels étaient **chers**.

E9 « je trouve que c'est très cher pour ce que c'est ».

Le dossier sur ordinateur était **moins pratique que le dossier papier pour les visites** à domicile.

E1 « là pour le coup c'est encore un des rares trucs où les patients qui ont un dossier papier c'est utile. »

Les pannes de matériel informatique étaient **invalidantes**.

E4 « par exemple le type de truc qui est insupportable. Qui est extrêmement fréquent ».

L'ergonomie des logiciels était parfois peu compatible avec l'exercice quotidien du MG car ils ont été créés sans concertation avec les médecins.

E8 « Même si souvent on peut regretter que les médecins ne soient pas assez maître-d'œuvres, les médecins ou professionnels de santé, ne soient pas assez maître-d'œuvres »

Les outils utilisés n'étaient souvent **pas compatibles entre eux** et l'échange d'informations en était compliqué.

E8 « Voilà sur la coordination des soins, les obstacles c'est, c'est quand même que pour l'instant on n'a pas tant que ça, de plus en plus on en a de plus en plus de correspondants au sens large qui travaillent avec les mêmes outils que nous ou des outils compatibles, donc on continue à ..., si on a des scanners c'est parce qu'on a du papier à transformer en truc électronique. »

Pour être efficaces, **les logiciels avaient besoin d'être complétés** très précisément ce qui prenait du temps, parfois au détriment de la consultation face à face.

E8 « C'est ça la difficulté aussi de trouver le juste milieu entre, je le disais au tout début, entre le logiciel qui va gérer les données dans l'intérêt du patient et qui va générer des données et méta données etc. qui seront exploitables de manière automatique ».

Les critères de choix du logiciel médical

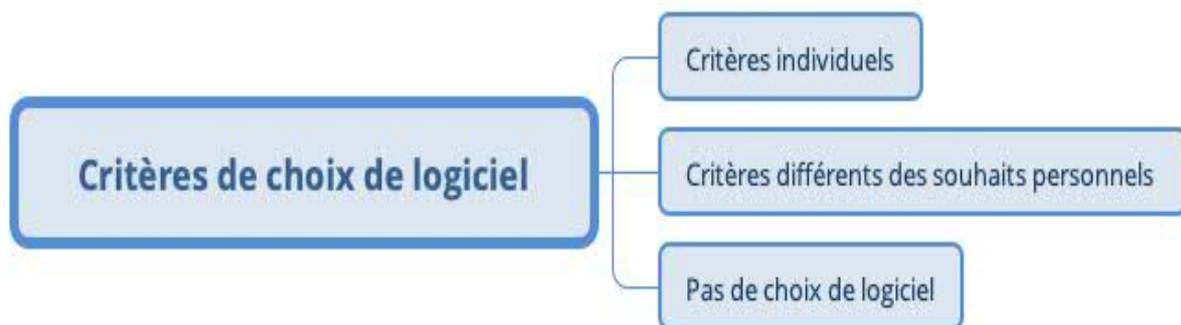


Figure 5 : Les critères de choix des logiciels médicaux

- **Critères individuels :**

L'utilisation du logiciel devait être **simple et agréable**.

E7 « Le plus facile à utiliser »

L'avis des pairs était important pour choisir un logiciel.

E1 « Je sais que les médecins avec qui j'ai parlé c'était surtout du euh ils avaient parlé avec d'autres médecins qu'ils connaissaient. »

Le **prix** du logiciel rentrait en ligne de compte.

E9 « Donc je pense qu'il y a un gros biais financier qui fait que on choisit tel ou tel logiciel en fonction de ce qu'on peut payer ».

Le type de connexion du logiciel était important.

E6 « Et ça a été un peu imposé finalement par la connectique Internet ».

Pour un médecin, **le type de sauvegarde des données** était important.

E8 « y'avait le problème de la sauvegarde ».

Pour un médecin, le choix avait été fait principalement sur l'assurance de **recevoir de l'aide en cas de problème technique**.

E12 « Enfin d'être plantée, le problème a été résolu dans les 30 minutes, grâce à mon ami là. »

- ***Critères de choix différents des souhaits personnels : contraintes techniques.***

Le fait **d'avoir un PC ou un MAC** influençait le choix de logiciel.

E9 « Dans un autre cabinet je suis sur Eo, donc ils ont des Macs donc ça c'est compliqué, les gens qui ont des Mac, ils peuvent pas avoir accès à tous les logiciels. »

Le fait **d'exercer à plusieurs** influençait le choix du logiciel commun au cabinet.

E8 « Et puis c'était un choix collectif aussi. »

Pour finir, des médecins voulaient choisir leur logiciel en suivant **les directives de la Sécurité Sociale** (SS).

E11 « Et après si le, si le prescripteur, l'aide à la prescription que je n'ai pas, et qu'il va falloir que j'aie ! Ça va aussi être un critère de choix pour mon logiciel parce qu'ils vont être mis dedans, ils vont être compris dedans. »

- ***Pas de choix de logiciel :***

Un certain nombre de médecins ont déclaré ne **pas vraiment avoir choisi leur logiciel**.

E2 « C'était celui de mon prédécesseur, c'est aussi simple que ça. »

Quelques médecins n'avaient **pas eu le temps de comparer** les logiciels avant de choisir le leur.

E3 « On n'a pas trop le temps non plus de faire une étude de marché avec tous les logiciels qui existent donc voilà »

Les améliorations du logiciel

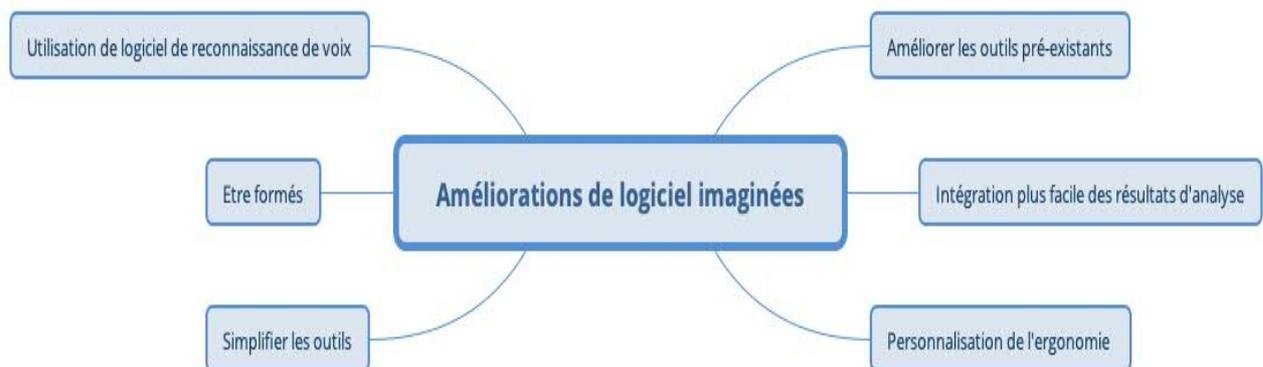


Figure 6 : Les améliorations des logiciels imaginées

La majorité des médecins souhaitait des **améliorations matérielles du logiciel**.

E7 « Il y aurait certainement des choses à faire. »

Ils souhaitaient **des simplifications dans la réception et l'intégration** dans les dossiers des analyses et comptes rendus.

E2 « L'outil idéal, ça serait peut-être celui qui permet de, de rentrer les examens plus rapidement ».

Plusieurs médecins souhaitaient pouvoir **personnaliser plus facilement l'ergonomie** de leurs dossiers.

E11 « Ouais, et puis qui me convient à moi. Y'a certaines petites cases qui ne me conviennent pas. »

Une caractéristique primordiale pour le logiciel était sa **simplicité d'utilisation**.

E8 « Donc c'est ça l'outil, celui qui fait qu'on aurait l'impression de travailler comme ... avec beaucoup plus de légèreté de disponibilités. »

Une majorité de MG souhaitait **être formée** à l'utilisation de leur logiciel pour utiliser plus de fonctionnalités utiles.

E14 « donc ... d'avoir payé par, encore une fois ça ne sera pas à notre charge, payé par la Sécu ou le ministère de la Santé une ... une formation adaptée à mon logiciel, sans avoir nécessité d'être sur Internet, pourrait voilà être une formation qui, je le reconnais m'aiderait beaucoup, »

Les deux médecins qui étaient confrontés à des problèmes de frappe sur le clavier étaient tentés d'utiliser **un logiciel de reconnaissance de voix** pour pallier à leurs difficultés.

E12 « Donc c'est vrai qu'un logiciel qui, un logiciel qui écrirait à ma place et qui... ce serait merveilleux pour moi. »

Les MG souhaitaient que les outils développés soient **pratiques d'utilisation** pour s'interposer le moins possible dans la relation directe entre eux et les patients.

E8 « L'outil idéal c'est celui qui me permettrait de l'utiliser de la façon la plus transparente possible. »

b) *L'utilisation d'Internet et des applications*

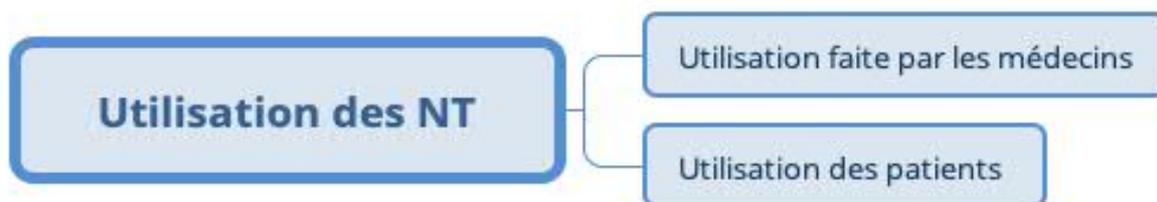


Figure 7 : L'utilisation d'Internet et des application par les médecins et les patients

Utilisation par les MG

Ouvrir le navigateur Internet et lancer des sites Internet de référence faisait partie des habitudes des MG.

E1 « c'est vrai, ça fait même partie des trucs que j'ouvre en premier euh quand j'allume l'ordi »

La plupart des médecins utilisaient des applications sur leur smartphone même s'ils n'utilisaient finalement **qu'une faible proportion des applications** téléchargées initialement.

E12 « Parce que j'en ai pas mal mais je ne les utilise pas forcément. »

Deux médecins n'avaient **aucune application médicale** sur leur smartphone.

E2 « Alors sur mon téléphone j'ai aucune application ! »

- *Dans quels buts ?*

Les médecins utilisaient les applications pour chercher **les mêmes informations que celles qu'ils cherchent sur Internet.**

E4 « directement sur le portable, chercher un médicament pour le Vidal, mais on l'a aussi là-dessus (me montre son ordinateur). »

Avoir les informations sur un support mobile était **plus pratique en cas de panne de connexion Internet au cabinet ou en cas de garde ou de visite à domicile.**

E9 « Les applications, alors je l'ai aussi en application sur le téléphone. Ça sert pour les gardes au SAMI ou y'a pas Internet, donc ça c'est une très bonne application »

Utiliser son smartphone était **utile pour chercher des informations considérées comme gênantes** vis-à-vis du patient.

E4 « on peut rapidement voir un truc qui me paraît important, sans que forcément le patient participe. »

L'utilisation d'Internet, des applications et des objets connectés par les patients, vue par les MG

Les MG trouvaient **légitime que les patients aillent chercher des informations** sur leur santé sur Internet.

E10 « donc moi je trouve que c'est parfaitement normal que les gens se renseignent sur leur santé. »

Les informations trouvées sur Internet engendraient des questions auxquelles les MG doivent répondre durant la consultation.

E11 « Je crois qu'il faut essayer d'avoir les réponses aux questions qu'il a regardées sur Internet. »

Le fait que les patients aient accès à des informations médicales sur Internet obligeait le MG à **rester à jour de ses connaissances.**

E10 « ça renforce aussi notre propre exigence, c'est-à-dire qu'effectivement il faut qu'on soit au courant parce que souvent ils savent mieux les choses que nous quoi »

Les patients qui utilisaient les objets connectés pour suivre leur santé étaient des **jeunes patients, atteints d'une maladie chronique ou pas.**

E10 « Les jeunes à part les asthmatiques, les diabétiques ... alors les diabétiques ils sont assez connectés eux, ils connaissent très bien leur truc etc. »

Des patients utilisaient des objets connectés pour **communiquer des données médicales type fréquence cardiaque** à leur médecin, qui les prend en compte.

E1 « Euh après j'ai des patients qui ont leur montre connectée qui me montrent pour leur fréquence cardiaque ou ils notent dessus ... Ils peuvent aussi mettre leur tension. »

Une grande partie des patients pour qui ces outils pourraient être utiles avait **besoin d'aide humaine** pour les utiliser.

E10 « On pourrait imaginer mais là pareil... il faudrait que ce soit géré par une tierce personne si vous voulez donc ».

Finalement, **peu de patients utilisaient des objets connectés** pour transmettre des informations médicales à leur MG.

E8 « Mais c'est pour l'instant anecdotique... »

2. La place des NT au sein des missions du MG



Figure 8 : La place des NT dans les missions du MG

Les MG ont cité plusieurs missions inhérentes à leur exercice :

-La prévention

E3 « Bah on a une mission de prévention avant tout, de prévention primaire. »

-Le diagnostic des maladies

E5 « 2^{ème} mission du généraliste c'est de diagnostiquer »

-Le suivi des patients atteints de maladies chroniques

E9 « la prise en charge des différentes pathologies, l'accompagnement tout ce qui est pathologie chronique c'est important ».

- La coordination du parcours de soins du patient

E12 « la mission du généraliste c'est d'aiguiller dans le parcours de soins d'une manière générale principalement ».

-Les échanges avec les patients

E8 « donc tout ce qui est relation, communication, médecine centrée patient ».

a) *La prévention*

Les enjeux de la prévention

La prévention ciblait **l'hygiène de vie, la vaccination, la consommation de toxiques, le risque cardiovasculaire, le dépistage des IST, le suivi de grossesse physiologique et la lutte contre l'isolement.**

E8 « les habitus tabac alcool autres drogues, sport les ... toute la prévention organisée en santé publique par rapport à l'âge, donc les vaccins et puis euh , la prévention des IST, et puis ensuite la prévention des maladies cardiovasculaires, la prévention de la fragilité, la prévention de l'isolement. Voilà. »

Le contenu de la partie prévention de la consultation dépendait des **informations recueillies pendant l'interrogatoire** du patient.

E2 « Parce que je prends le temps d'en parler »

Fournir des supports aux patients leur permettait d'avoir accès aux informations données en consultation après celle-ci.

E7 « Moi je leur donne simplement des fiches que je photocopie avec les choses qu'il faut éviter ou au contraire favoriser »

Aide déjà apportée par les NT

Le support du logiciel médical permettait au MG de cibler **ses missions de prévention**.

E8 « Là l'outil nous sert à ça parce qu'on a sous les yeux une case où il y a écrit "vaccin" ou bien où y'a écrit détermination du risque cardiovasculaire " donc on le voit en passant »

Les supports numériques permettaient la transmission facile d'informations au patient.

E4 « C'est un support en plus absolument »

Certains médecins considéraient que la prévention devait se discuter en consultation avec le patient et que les **NT n'avaient pas forcément d'intérêt dans ce cadre**.

E11 « Bah je me dis que c'est un petit peu mon rôle mais ... Ouais, bah après, il faut l'éduquer quoi. Il faut l'éduquer, s'il y a des alertes ... moi je serai plus à l'éduquer quoi. »

Exemples d'outils qui existent

Il existait des applications de **calcul de calories** pour les patients.

E7 « y'a des trucs qui calculent aussi, les trucs style podomètre les trucs comme ça, activité physique, ils aiment bien les gens. »

Il existait des plateformes dédiées aux patients incluant un outil **de carnet de santé connecté** et des informations de prévention.

E8 « Y'a mes vaccins.net par exemple qui est, qui permet au patient d'avoir son carnet de santé électronique. »

La Sécurité Sociale avait mis en place des supports appréciés par certains MG mais d'autres avaient peur de se faire court-circuiter.

E7 « Les maladies chroniques ... ils le font déjà à la Sécu, faire des informations sur le diabète, l'hypertension, c'est quand même bien fait par la Sécu. »

E10 « La sécu a mis en place des trucs pour le diabète ceci cela, je trouve que ça court-circuite un peu notre travail. »

Les souhaits d'amélioration

Les MG ont imaginé une **aide au dépistage** grâce à un outil aidant les MG à cibler les sujets pertinents en fonction des caractéristiques de chaque patient.

E6 « une aide à la prévention, mon patient a tel âge et tel ou tel paramètre qu'est-ce que vous devez vérifier ? »

Les MG voulaient un **accès facile aux recommandations de dépistage** à jour

E1 « tout ce qui est dépistage y'a souvent des mises à jour qu'on peut voir rapidement »

Les MG ont imaginé une **aide à la prévention des maladies du voyageur** pour le patient.

E1 « quand ils prennent un billet d'avion, que ça leur envoie un truc pour dire par rapport à la santé ».

b) Le diagnostic

L'aide apportée par les NT sur le diagnostic

Les NT permettaient aux MG d'avoir **accès aux sites de référence**.

E8 « j'en ai toute une série qui sont sur mon bureau qui sont bien connus »

Les NT permettaient aux MG **de faire des recherches sur du contenu médical** en l'absence de site de référence.

E7 « Quand y'a une maladie que je ne connais pas ou que je connais très peu donc je vais sur Internet oui pour regarder un peu »

Avoir accès aux NT permettait aux MG de **se rassurer en cas de doute.**

E1 « C'est bien des fois quand on veut se rassurer, quand on a un petit doute »

Certains outils permettaient de faire du **calcul de score médical.**

E6 « les trucs de calcul de score ou pour score FRAT ».

Les développements souhaités

Certains MG souhaitent une **aide pour la détection des interactions médicamenteuses.**

E1 « les alertes sur l'interaction des traitements, ça serait pas mal »

Les MG ont imaginé une **aide au diagnostic** qui serait utile sous une forme facile à appréhender pour la prise en charge de pathologies les moins connues par les MG.

E12 « Une plateforme d'aide au diagnostic ça ça pourrait nous aider, »

E4 « on devrait avoir des espèces d'arbres décisionnels comme ça tout simples. »

Les MG souhaitaient des **accès facilités aux sites** contenant les informations à jour.

E9 « exactement, avoir les informations tout de suite, savoir ce qui a été fait récemment. »

c) *La prise en charge des patients atteints de maladie chronique*



Figure 9 : Les modalités de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques

Le suivi

- *Les enjeux*

Le suivi des patients chroniques nécessitait des **consultations répétées et une éducation** afin d'assurer l'adhésion du patient.

E4 « les explications c'est forcément plus long ».

- *Aide apportée par les NT*

Les rappels faits par le logiciel médical aidaient les MG au suivi des patients.

E2 « Mais bon ça c'est pas mal oui pour les rappels de vaccinations, pour les rappels de colo pour les examens à faire ».

Les supports proposés sur Internet par la Sécurité Sociale semblaient suffisants pour le suivi des patients pour certains MG.

E7 « mais c'est déjà fait par la Sécu ça. . . ils sont bien faits pour ça. »

Le rappel au patient des échéances dans le parcours de soins par une application était utile.

E6 « par exemple y'a des applications qui servent à quand un patient sort de consultation on lui

mettrait un rappel « vous devez faire votre écho » « vous devez faire votre bilan bio dans 3 mois » tout ça. »

- *Les développements souhaités*

Les MG souhaitaient avoir un outil permettant de **rappeler aux patients leurs examens et rendez-vous**.

E8 « Euh mais on pourrait imaginer aussi pourquoi pas, des rappels, on en parlait tout à l'heure, pour que les patients viennent régulièrement faire leurs examens, prennent leur traitement. »

Les MG souhaitaient avoir un **récapitulatif des dernières consultations spécialisées** pour les patients ayant des maladies chroniques et celles à prévoir pour leur permettre de mieux visualiser le suivi.

E1 « Avoir je sais pas ne serait-ce qu'un petit truc pour répertorier les différents rendez-vous qu'ils ont eu et les prochains à prévoir ».

L'observance

- *Les enjeux*

Analyser l'observance et les facteurs qui jouent dessus faisait partie de la prise en charge des patients ayant des maladies chroniques.

E8 « Si tu ne poses pas cette question et que le patient alors qu'il est sous traitement est encore hypertendu, on risque vraiment de faire des erreurs ».

L'observance des patients devait être **étudiée au cours d'une consultation traditionnelle** pour assurer l'efficacité du traitement.

E5 « c'est là que nous nous devons intervenir. Même avec plusieurs consultations si nécessaires pour expliquer l'intérêt et l'importance du traitement. »

- *L'aide apportée par les NT*

Les applications qui **rappellent aux patients la prise de leurs médicaments** étaient utiles et utilisées par les patients en particulier pour la contraception orale.

E3 « Par rapport aux contraceptions orales je pense, y'a beaucoup de jeunes filles qui s'aident de la technologie effectivement pour pas oublier ... les prises médicamenteuses. »

Les applications spécifiques à la prise en charge du diabète étaient utilisées par les patients.

E3 « Y'a des applications pour les diabétiques qui ... qui suivent les ... qui recensent un petit peu la glycémie tout ça et qui font des jolis graphiques qui peuvent permettre de visualiser, de voir l'amélioration de la chose et d'encourager le patient »

- *Les développements souhaités*

Les MG ont imaginé **un outil de suivi de traitement** qui permettrait d'estimer l'observance réelle au domicile.

E12 « Il pourrait nous présenter en consultation pour prouver de sa prise. En tout cas pour l'aider à prendre son traitement. »

Un rappel programmé pour la prise des médicaments pourrait améliorer l'observance des patients qui ne prennent pas leur traitement par oubli.

E9 « qu'il y ait un rappel sur telle prise de médicament à telle heure, une petite alarme qui leur rappelle qu'il faut prendre leur médicament. Enfin qu'ils doivent le prendre. Ça je pense que ça peut aider »

Plusieurs médecins **doutaient du fait que les NT puissent aider les patients à mieux prendre leurs traitements.**

E11 « Bah je ne sais pas si c'est utile ces machins-là. Je n'en sais rien en fait. »

L'éducation thérapeutique

- Les enjeux

L'éducation des patients permettait de **limiter les demandes inappropriées** face à leurs symptômes.

E10 « Moi je pense que c'est très important, quand ils savent ce qu'ils ont, de leur expliquer, je fais des dessins, je leur dis « voilà une vertèbre, une hernie discale ». Je leur explique un peu les choses. Éventuellement voilà, ça les rassure et ça leur permet justement de se dispenser d'examens que je juge inutiles »

L'éducation thérapeutique nécessitait la **répétition du contenu** des consultations par le MG.

E5 « C'est pas grave hein, c'est de l'éducation thérapeutique. On les ... on reprend à chaque consultation jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat. Il faut être un peu buté, un peu obtus »

Une partie de l'éducation thérapeutique concernait le contenu trouvé sur Internet par les patients afin **de limiter les demandes abusives d'examens complémentaires ou de traitement.**

E10 « et ça leur permet justement de se dispenser d'examens que je juge inutiles, même s'il y a une pression importante des patients »

- Aide déjà apportée par les NT.

L'écran d'ordinateur était utilisé comme **support pédagogique** durant la consultation.

E7 « je sais que des fois je tourne l'écran pour leur montrer des trucs mais je sais plus quoi.
(...) Ça la dermato ça peut être intéressant aussi ... pour montrer ».

Certains médecins **conseillaient aux patients des applications** qui concentraient des connaissances théoriques, des exercices et des rappels de traitement.

E8 « Très bien faite, pédagogique avec des notions un peu théoriques, des exercices proposés, des rappels pour faire des petits exercices pendant la journée etc. »

Certains médecins souhaitaient **avoir accès à des supports numériques validés**, qu'ils pourraient montrer aux patients en consultation et qui resteraient disponibles après la consultation pour le patient.

E4 « Ça serait tout simple, et je vous assure sur un écran comme ça même si vous montrez pas tout au patient, vous retournez l'écran pour un problème qui pourrait leur être utile ».

d) La coordination du parcours de soins

Les enjeux

Les MG avaient un rôle primordial dans **la prise en charge centrée sur le patient** de par son rôle de coordinateur.

E8 « la coordination des soins aussi qui fait partie ... qui fait partie des missions. »

Les MG assuraient **la coordination avec les spécialistes**.

E7 « Parce que des fois y'a des patients qui sont vraiment poly-pathologiques et qui ont des tas de spécialistes, on n'est pas forcément informés en temps réel. Puis mettre tout ensemble, ils ont des ordonnances comme ça à chaque fois.

Savoir quand et à qui adresser les patients dans leur carnet d'adresse était une qualité importante.

E12 « parce que je pense que ce qui fait un bon généraliste c'est de connaître ses limites et de savoir qu'à un moment il va falloir passer la main et qu'il faut pas traiter tout. »

Face à la multiplication des réseaux de soins, les MG **préféraient adresser les patients aux spécialistes qu'ils connaissent.**

E10 « Mais euh y'a une multiplication de pas mal de réseaux, je vois pas ça très très bien, enfin c'est compliqué. On sait pas quel réseau appeler pour la fin de vie, les réseaux pour ceci pour cela etc. On est un peu perdus effectivement. ».

Les communications avec les spécialistes et avec l'hôpital étaient compliquées pour la majorité des MG.

E5 « C'est beaucoup plus difficile de joindre un médecin à l'hôpital »

Une mauvaise communication entre les soignants pouvait être à l'origine d'une mauvaise prise en charge d'un patient.

E1 « que je pense qu'il y a beaucoup de soucis de santé à cause de ça, à cause d'un défaut de communication entre médecins »

Aide apportée par les NT

Des applications permettaient de **joindre facilement des spécialistes ou l'hôpital.**

E8 « qui met, qui fournit au médecin généraliste des lignes directes, des mails directs pour qu'on ait des informations rapidement ».

Les messageries instantanées permettaient d'améliorer les échanges entre professionnels de santé autour des mêmes patients.

E4 « Là vous voyez vous avez un message qui apparait de la part d'un kiné qui permet de savoir des informations importantes, je lui réponds et puis euh sans être obligé de s'appeler forcément, quand on a deux trois minutes. »

Au sein de structures d'exercice en groupes, **les logiciels avec le partage de dossier permettaient d'améliorer la prise en charge des patients.**

E3 « comme on partage la base ... de données de, enfin on partage les données des patients, il fallait qu'on partage le logiciel. »

Les développements souhaités

Utiliser un support simple pour **centraliser les données de chaque patient** et les mettre à jour était imaginé pour améliorer la prise en charge du patient.

E6 « On réfléchit plus sur y'a une plateforme dans laquelle arrive la radiologie, la biologie, les comptes rendus d'hospitalisation, nos ordonnances on pourrait les faire à partir de là. Et puis comme ça déjà on perd beaucoup moins de temps à récupérer des informations dans tous les sens. On sait ce qui a été fait, pas fait. »

Les MG souhaitaient **communiquer plus facilement avec les autres professionnels de santé**, en particulier à propos des patients dépendants.

E10 « on aimerait bien avoir une sorte de guichet unique téléphonique dans lequel on dirait madame machin a telle chose, qu'est-ce qu'il faut ... ou mettez moi en rapport ou contactez l'assistance sociale, une ergothérapeute. »

Les MG souhaitaient avoir une **plateforme permettant d'avoir des avis de spécialistes** de façon sécurisée dans un délai court.

E13 « Mais s'il y avait un centre de télé expertise où on peut avancer nos images et un cas clinique qui pose problème et qu'ils vous répondent dans un délai raisonnable. »

Un MG souhaitait le développement **d'une application mettant en contact les spécialistes d'une zone géographique** afin d'adresser rapidement les patients.

E1 « je pense au médecin qui s'installe et qui n'a pas forcément de contact, pour lui conseiller des spécialistes aux alentours »

Certains MG ne ressentaient **pas de besoin pour la coordination des soins**

E13 « Ouais mais ça, ça j'ai pas de besoin particulier »

Le dossier médical partagé commence à être utilisé.

Le dossier médical partagé (DMP) était disponible depuis peu et commençait à être utilisé par les MG et les patients.

E12 « Euh j'utilise le DMP depuis peu. »

La place du MG dans l'alimentation du DMP restait à définir.

E12 « Donc en fait les dossiers médicaux partagés, je vois pas bien ce que nous sommes censés alimenter dans ce DMP. Le fait est que je les crée mais je ne les remplis pas, parce que j'ai pas encore compris ce qu'on mettait dedans en fait, nous en tant que généralistes. »

La gestion administrative des dossiers

La multitude de tâches administratives était parfois ressentie comme un obstacle à l'exercice de la médecine générale.

E2 « C'est pas mal de, bon y a de la paperasse ».

Les formalités administratives étaient simplifiées grâce aux NT.

E2 « ça c'est bien, ça c'est bien... les demandes de 100% c'est deux clics, ça ça a changé ma vie ».

Plusieurs médecins ont noté que **l'arrivée des NT avait reporté sur le MG la réalisation de démarches** qui étaient faites jusqu'alors par la SS.

E4 « ce qui est plus discutable c'est tout ce qui est administration liée à la Sécurité Sociale qui nous a mis un fardeau considérable de tout un tas de choses qu'ils faisaient avant et maintenant c'est nous qui le faisons ».

La majorité des MG souhaitaient **être délestés des tâches administratives** sans que cela engendre des dépenses supplémentaires.

E13 « un assistant-secrétaire robotique. Corvéable à merci, qui travaillerait 24 heures sur 24. »

E14 « ça serait d'avoir une secrétaire médicale qui serait payée par l'Etat ou par ... comment dire ... la Sécurité Sociale. »

La prise de rendez-vous sur Internet

- Les points forts de la prise de rendez-vous sur Internet

Plusieurs médecins **utilisaient les plateformes de prise de rendez-vous sur Internet.**

E3 « mais on utilise Doctolib qui est effectivement, une technologie (rires) où les patients prennent rendez-vous par Internet »

Les plateformes de prise de rendez-vous sur Internet **étaient pratiques pour le MG** en lui rendant la gestion de ses rendez-vous plus facile.

E8 « on gère les rendez-vous aussi, comme de plus en plus de médecins avec une application qui nous permet de rester connectés, de gérer notre agenda plus facilement. »

Certaines plateformes permettaient au MG de **trouver facilement un spécialiste** à qui adresser rapidement ses patients.

E3 « nous on peut adresser à des spécialistes en fait ».

La prise de rendez-vous sur Internet était **plus pratique pour les nouvelles générations** de patients connectés.

E8 « Pour les patients prendre les rendez-vous sur Internet c'est plus facile »

Le fait que les plateformes envoient **des rappels aux patients sous forme de SMS** pour leur rappeler la consultation était utile.

E13 « Voilà et Doctolib envoie un SMS aux patients qui prennent rendez-vous, parce que maintenant, tout le monde a un portable, enfin un smartphone. »

- Les inconvénients de la prise de rendez-vous sur Internet

La démocratisation des plateformes de prise de rendez-vous sur Internet rendait **l'accès aux consultations difficile pour les patients qui ne savent pas se servir de ces outils.**

E5 « quand vous envoyez une personne âgée en consultation, elle a du mal à avoir le rendez-vous à cause de ça ».

La prise de rendez-vous sur Internet pouvait être considérée comme **trop facile** ce qui entraîne une augmentation des rendez-vous non honorés par les patients comparés aux rendez-vous pris via le secrétariat.

E8 « Et y'en a beaucoup qui annulent aussi, ou qui n'annulent pas et ne viennent pas. »

La prise de rendez-vous sur **Internet ne permettait pas de filtrer les patients** pour adapter les rendez-vous.

E6 « parce que la gestion des urgences c'est si vous mettez tous vos rdv dispo sur internet vous n'avez plus de créneau d'urgence, si vous gardez des créneaux d'urgence il faut qu'ils soient bien utilisés. »

Certains médecins n'utilisaient pas de logiciel de prise de rendez-vous sur Internet à cause de **l'impossibilité d'adapter son emploi du temps.**

E2 « Pour moi je ne pense pas que j'utiliserai Doctolib parce que ... parce que j'ai besoin de savoir qui prend rendez-vous (...) Moi c'est du sur mesure. »

- *Les améliorations possibles*

Les MG ont imaginé un outil permettant **d'aider les personnes peu connectées à prendre leurs rendez-vous** sur Internet plus facilement afin de pallier leurs difficultés d'utilisation.

E12 « l'aide pour la prise en charge des consult, la prise en charge des rendez-vous pour des patients en difficulté, enfin en difficulté par rapport à la prise de rendez-vous. A l'hôpital en l'occurrence. »

Un outil permettant **d'adapter le délai de la consultation spécialisée** avec le degré d'urgence décidé par le MG serait utile pour optimiser les consultations.

E12 « en fonction d'un degré de ... d'un degré d'urgence établi par le médecin. Je pense que ça pourrait nous aider ».

f) La recherche en MG

Un MG qui exerçait en Maison de Santé a noté que leur logiciel avait été choisi en commun avec d'autres Maisons de Santé dans le **but de centraliser les données recueillies à des fins de recherche.**

E6 « Euh on a choisi aussi parce que ce logiciel avait été pas mal choisi par d'autres maisons de santé sur Paris et on s'est dit que dans un avenir futur on coordonnerait toutes ces maisons de santé pour faire de la recherche tous ensemble grâce aux données du logiciel ».

Le recueil des données exploitables pour faire de la recherche à partir des dossiers patients était compliqué à intégrer dans la pratique de la MG.

E8 « Mais là c'est compliqué parce que faire qu'un médecin recueille des données avec sa casquette de praticien sans l'oublier, sans être chercheur parce que si on se met une casquette de chercheur on perd le côté spontané finalement de la pratique. Et on risque d'influencer notre pratique par ... y'a des biais ».

C'est pourquoi un **logiciel permettant d'exploiter facilement les données recueillies** pour faire de la recherche serait utile.

E8 « Si on se positionne un peu du côté du chercheur, que ça soit un outil le plus transparent possible pour le praticien pour que son travail de chercheur soit le plus simple »

Un MG souhaitait avoir **l'aide d'un technicien de la SS pour numériser ses dossiers papiers** et en extraire des données utilisables pour la recherche.

E10 « la Sécu devrait nous mettre à disposition, quelqu'un, un informaticien qui passe, qui recueille tout ça donc ».

g) Les échanges entre le médecin et le patient

L'utilisation actuelle des NT dans les échanges

La majorité des médecins acceptaient **d'être joignables par mails par certains patients.**

Certains MG l'étaient pour tous leurs patients.

E3 « Moi je donne mon adresse mail à certains patients »

E12 « Dire je n'ai pas de mail c'est quand même compliqué. »

Le MG qui n'avait pas de connexion Internet considérait qu'**être joignable par téléphone était une contrepartie** à ne pas être joignable par e-mail.

E14 « Je suis joignable. Je ne peux pas à la fois ne pas avoir de boîte mail ouverte au patient et en même temps ne pas être joignable. »

Les avantages à l'utilisation des NT

- Dans le contenu des échanges

Le MG pouvait **conseiller un patient à propos d'un problème médical par mail.**

E5 « Donc je peux éventuellement leur conseiller d'appeler un service d'urgence si c'est nécessaire, si ça me paraît nécessaire ; ou leur conseiller d'attendre mon retour »

Le MG pouvait **réaliser des modifications de traitements** grâce aux échanges par les NT.

E9 « Si c'est une question par rapport à un dosage voilà en fonction des différentes glycémies et de réadapter le taux d'insuline, ça peut se faire effectivement par ce biais-là. »

Les emails permettaient **d'échanger facilement des documents** avec les patients.

E13 « enfin c'est un certificat, une ordonnance de dépannage ».

Le MG pouvait **commenter des résultats d'analyses** via les NT.

E9 « Bah si ça reste vraiment très ponctuel, c'est des échanges par rapport à des différents résultats d'examens ».

Les NT permettaient de communiquer avec des patients ne parlant pas français.

E3 « c'est des outils de traduction qui peuvent aider à la consultation ».

Dans certaines situations, les échanges par e-mails avec le patient n'étaient **pas pertinents et une consultation était nécessaire.**

E9 « Après si c'est des problèmes qui se répètent, il faudra les revoir de toute manière en consultation pour réadapter le traitement ».

- ***Dans la relation avec le patient***

Les échanges par e-mail permettaient de **prolonger la consultation.**

E12 « Ça oui, on prolonge la consultation par le mail. »

Rester joignable pouvait **améliorer une prise en charge dans des situations particulières.**

E3 « parfois pour me donner des nouvelles, ils m'envoient un petit mail, voilà ».

Faciliter les échanges entre le médecin et le patient pouvait **renforcer la relation préexistante.**

E6 «Ça ça renforce à fond le lien, on est d'accord ».

Les inconvénients des NT dans les échanges médecin-patient

- *Liés aux supports utilisés*

La gestion des communications avec le patient se faisait sur **du temps hors consultation qui n'était pas rémunéré et se rajoutait au temps de travail habituel.**

E6 « ça c'est du boulot en plus. Donc c'est des trucs qui doivent se faire en plus. »

E5 « Pour moi c'est un travail supplémentaire, non rémunéré ».

La totalité des échanges réalisés avec les patients se faisaient de **façon non sécurisée.**

E12 « alors en l'occurrence c'est du non sécurisé là ce dont on parle. C'est des mails standards ».

Les questions juridiques concernant les échanges par mails avec les patients étaient un souci pour **les MG qui avaient peur que cela leur soit préjudiciable.**

E12 « Et parce que je me dis que s'il leur arrive quelque chose est ce que sur le plan, sur le plan juridique je peux être impactée ? Est-ce que je dois répondre, est-ce que je ne dois pas répondre ? Je n'en sais rien, je n'en ai aucune idée ».

Les MG **assumaient le fait de devoir vérifier leurs connaissances** sur Internet face aux patients mais certains se sentaient obligés de se justifier.

E2 « moi je n'hésite pas à chercher hein, quand je sais pas, je sais pas »

E11 « Après je pense que ça ne renforce pas forcément quand ils me voient chercher sur Internet. »

La gestion de l'ensemble des communications à distance avec les patients pouvait être compliquée pour certains MG.

E7 « Ou je sais pas gérer, peut-être que je sais pas gérer ce genre de situation ».

- *Dans la relation médecin-patient*

Les échanges via les NT **ne pouvaient pas remplacer une consultation traditionnelle** et exposaient à des difficultés du fait qu'un examen physique était impossible.

E9 « Quelqu'un qui va pas bien psychologiquement, vous allez pas forcément vous en rendre compte par mail hein. »

Certains MG avaient **des remarques de la part des patients concernant les habitudes d'utilisation** des NT, en excès ou à défaut.

E2 « Yen a des fois qui me le disent, ça peut être une remplaçante « oh elle passe sa vie sur Internet » »

E14 « Maintenant j'ai des patients qui se moquent de moi, mais ça ne me dérange absolument pas. »

Le fait que les patients avaient accès à des informations médicales sur Internet pouvait **décrédibiliser le médecin dans sa position de sachant**, même si d'autres ne s'en offusquaient pas.

E3 « Je trouve qu'on est complètement décrédibilisés ... complètement. »

E11 « Et en même temps, je me dis que je ne connais pas tout hein. Ils peuvent aussi avoir un truc, je vais regarder et voilà ... je ne suis pas Dieu sur terre quoi. »

Le fait que les MG soient accessibles par e-mail pouvait amener les **patients à abuser de cette situation.**

E12 « Enfin je leur ne donne pas généralement dans ce but-là, c'est eux qui ont récupéré mon mail soit parce que je leur ai demandé d'envoyer ponctuellement des résultats d'examens soit

voilà. Alors après souvent il est utilisé évidemment pour poser diverses questions et c'est là où le problème se pose ».

Les informations qu'ils trouvaient sur Internet incitaient les patients à **faire des demandes exagérées** d'examens complémentaires ou de traitement au MG.

E4 « Et puis répondre à des attentes et des demandes parce qu'elles ont été consultées préalablement avec des informations plus ou moins biaisées ».

Le fait que les patients aient accès à des informations médicales sur Internet pouvait les mettre en conflit avec le MG.

E4 « ou alors on est dans un relatif conflit diagnostique ».

- ***Les inquiétudes des MG qui les incitent à limiter le développement***

Les MG voulaient **garder le contact direct** avec les patients.

E1 « Je pense que la relation médecin malade, faut qu'elle se fasse de visu ».

Les MG avaient peur que l'utilisation des NT pour les communications n'engendre **une baisse de la qualité de leurs prises en charge.**

E9 « Si les gens ils ont plus ce rapport là avec le médecin, que c'est par voie indirecte ça va être plus compliqué à gérer. Les gens ils vont consulter de plus en plus tard et ça va être de plus en plus évolué. »

Les adaptations souhaitées

- *Le cadre technique*

Les MG souhaitaient communiquer via les NT uniquement avec **les patients en qui ils ont confiance**.

E8 « Je pense que si je devais répondre, exceptionnellement à un patient qui me demande une réponse écrite, je lui répondrais par écrit seulement si j'avais confiance en lui ».

Plusieurs MG ont imaginé une **organisation de leur temps de travail** permettant d'intégrer le temps nécessaire à la gestion des communications avec les patients et de le rémunérer.

E8 « Donc là je pense qu'on pourrait très bien décider qu'on travaille jusqu'à 19 heures, que de 19 à 20 heures on répond à tous les mails. (...) Et qu'il y ait une reconnaissance qui soit d'ordre financière ».

Les MG souhaitaient une évolution des politiques publiques qui permettrait d'améliorer la sécurité des échanges entre médecins et patients et de prévoir une rémunération.

E8 « qu'on puisse voilà discuter avec eux en ligne, leurs résultats d'examens, qu'ils nous montrent une radio. (...) Sécurisé, responsabilisé, rémunéré etc. »

Les MG souhaitaient une **clarification des questions juridiques** concernant les communications qu'ils ont avec leurs patients.

E12 « Alors je ne sais pas juridiquement si je dois y toucher ou pas y toucher finalement pendant les vacances. Suis-je censée répondre à mes mails ? »

- *Echanges avec les patients*

Les MG souhaitaient pouvoir **conseiller des sources fiables à leurs patients**.

E7 « Qu'on ait des références à leur donner qui soient simples à trouver ».

Les MG souhaiteraient pouvoir communiquer de façon sécurisée avec les patients sur une plateforme qui limite les intrusions dans la vie privée du médecin.

E9 « Après si c'est une interface qui est faite que pour le médecin et le patient, je ne pense pas qu'il y aura ce problème-là, là c'est plus le fait que ce soit des adresses personnelles mail donc. »

Les MG pensaient que la transition entre l'utilisation actuelle et les futurs outils se fera progressivement avec **l'arrivée des nouvelles générations de médecins et patients.**

E10 « Donc ça pourrait venir par les jeunes éventuellement qui seraient contents de pas se déplacer. Un peu comme le télé travail ... Moi je pense que c'est quelque chose qui va se mettre en place progressivement mais ça va prendre un petit peu de temps quand même. »

b) La télémédecine

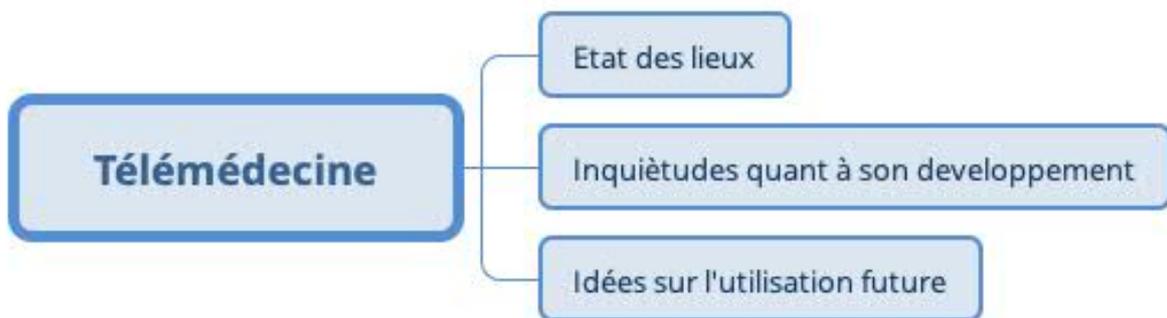


Figure 10 : La télémédecine

Etat des lieux sur la télémédecine

Certains MG savaient que **les téléconsultations étaient remboursées** pour les patients qu'ils suivent régulièrement.

E12 « alors de toute façon la télémédecine ça ne s'appliquera qu'à des patients qui sont nos patients donc déclarés médecin traitant... et qui je crois auront été vu dans les derniers ... au moins une fois dans l'année. »

La télémédecine était vue comme **une évolution en phase avec la société actuelle.**

E10 « C'est un peu aussi le vent des choses si vous voulez aussi donc ça me ... ça me paraît normal quoi ».

Les MG pensaient que le développement de la télémédecine **dépendait des autorités gouvernementales.**

E4 « mais les politiques n'ont pas pris la mesure de, du besoin d'organisation et du besoin économique ».

Les inquiétudes des MG vis-à-vis de la télémédecine

La téléconsultation **ne pouvait pas remplacer une consultation traditionnelle** à cause de l'impossibilité d'examiner le patient et des erreurs d'appréciation que cela pouvait engendrer.

E7 « Oui et puis on ne les examine pas je veux dire. Ça me paraît important. »

E9 « Enfin de moins faire d'erreurs que par la télémédecine. La télémédecine c'est un peu comme les gens qui ... c'est un peu comme de la régulation, c'est difficile de savoir au téléphone si vraiment ... ou est ce qu'il a mal, comment il ressent sa douleur. »

Les MG avaient **peur d'une perte d'humanité** dans la relation si la télémédecine était utilisée pour pallier au manque de MG. Ils craignaient que les patients se retrouvent seuls face aux outils sans contact humain.

E9 « Après je trouve par rapport à la télémédecine que ça coupe complètement le lien avec le médecin quoi. »

E4 « Vous ne pourrez pas, quoi qu'on dise, une annonce de mauvaise nouvelle ça se fait pas dans une cabine »

Un MG était inquiet sur la **valeur juridique du contenu des téléconsultations**.

E10 « Et ça ne peut pas, même juridiquement parlant ça ne doit pas remplacer une consultation. On risque d'avoir des ennuis si vous voulez donc ».

Vu le prix actuel de remboursement, pratiquer la téléconsultation n'était **pas rentable économiquement** comparé aux consultations traditionnelles.

E4 « c'est pas jouable, pour des raisons économiques pour l'instant. Je crois qu'on est payés 22 euros »

Les idées sur l'utilisation future

Les avis étaient partagés concernant le développement de la télémédecine.

E10 « La télémédecine, moi je pense que c'est une bonne idée hein »

E9 « Après je suis pas du tout pour la télémédecine par contre ».

Plusieurs MG ont réfléchi à **quels patients pourraient bénéficier des téléconsultations**.

E12 « Je me suis amusée à compter depuis la semaine dernière combien de patients j'aurais pu voir en télémédecine »

Les MG pensaient que la télémédecine serait appropriée avec **les jeunes patients** qui ne recherchent pas forcément de contact humain.

E10 « Je pense que les jeunes qui sont un peu pressés, pour lesquels le contact humain n'est pas forcément prioritaire parce qu'ils sont dans la consommation en fait ».

Les MG pensaient que la téléconsultation pouvait amener un **vrai bénéfice pour la prise en charge des patients dépendants** ou ayant du mal à se déplacer. Ces patients-là ayant habituellement du mal à se servir des NT, une aide humaine leur permettrait d'en profiter et d'assurer du lien humain malgré tout.

E4 « je travaille beaucoup en EHPAD, je dois vous dire que c'est évidemment un progrès gigantesque si on le met en place dans des conditions correctes pour tout le monde. »

E6 « le médecin est au cabinet avec les infirmiers de l'autre côté de la caméra et on peut faire plein de choses comme ça. »

Un statut d'infirmière coordinatrice a été imaginé pour les soignants qui feraient la liaison entre les patients dépendants et le médecin en téléconsultation.

E10 « C'est-à-dire qu'on pourrait imaginer effectivement qu'une infirmière circule systématiquement entre les personnes âgées et ait son ordinateur sur elle et nous ... ou même ça hein (me montre son téléphone) donc ... une tablette ou truc en disant « voilà Madame machin a telle chose, qu'est-ce qu'on fait ». »

En faisant de la téléconsultation sur des créneaux de temps dédiés, le MG pourrait **régler des motifs simples de consultations** et consacrer plus de temps en consultation traditionnelle aux patients qui en ont besoin.

E10 « Exactement, ça désencombrerait, on verrait les gens qui ont des vrais problèmes, qui ont besoin de parler (...) je suis prêt à consacrer une demi-journée, même en restant chez moi d'ailleurs, une sorte de télétravail. »

Les MG pensaient que les **demandes actuellement réglées par téléphone** pourraient l'être par téléconsultation et ainsi être valorisées.

E12 « C'est ça, qui pourraient être abordées en consultation et qui auraient un intérêt en télémédecine justement, comme par téléphone. »

Les exemples qui ont été donnés sont **le rendu de résultats, des motifs de consultation simples et l'orientation du patient** en fonction des symptômes. Plusieurs MG ont imaginé que la téléconsultation permettrait de décider de la **pertinence d'une consultation traditionnelle** avec le MG.

E12 « Je vois pas bien dans quel cas je pourrai faire une ordonnance si ce n'est sur des lectures d'examens pratiqués en télémédecine. »

E10 « montrez-moi votre bouton, je vous envoie ça »

E12 « En tout cas ça pourrait me permettre de débrouiller la situation, de leur dire oui vous venez au cabinet ou non vous ne venez pas au cabinet et sur une consultation qui sera valorisée. »

Les MG pensaient que la démocratisation de la télémédecine se fera grâce à **la nouvelle génération de patients qui souhaiteront y avoir accès.**

E10 « Donc ça pourrait venir par les jeunes éventuellement qui seraient contents de pas se déplacer »

i) *Les missions pour lesquelles les NT n'ont pas d'intérêt*

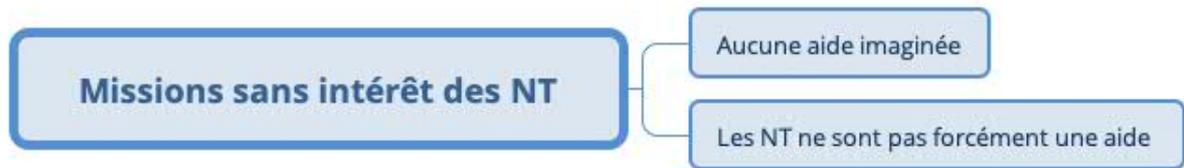


Figure 11 : Missions pour lesquelles les NT n'ont pas d'intérêt

Aucune aide imaginée par les MG pour certaines missions

Les MG n'ont pas imaginé que les NT pouvaient les aider pour **l'essence de leur métier, c'est-à-dire rendre service aux patients, avoir un rôle social pour certains et savoir écouter les patients** concernant des problèmes qui ne sont pas purement médicaux.

E4 « Un patient qui sort du cabinet doit être content, quoi qu'on ait fait. »

E5 « tous les problèmes sociaux que les généralistes traitent. »

E3 « Je vois pas trop comment la technologie peut nous aider à ce niveau-là, c'est plutôt, c'est plus du lien humain qu'il faudrait ».

Les MG n'ont pas imaginé d'aide possible pour la gestion des consultations c'est-à-dire **retranscrire la consultation dans le dossier, gérer son temps de travail et la part financière.**

Ils ont plutôt imaginé une aide humaine.

E4 « quand y'a une rhinopharyngite j'écris rien du tout, ça m'intéresse pas. »

E13 « C'est pas possible, ou alors il faut recevoir les gens une demi-heure et il faut que la consultation soit à 80 euros quoi. »

E10 « Moi je trouve que les infirmières devraient pouvoir faire plus d'actes : prise de tension, contrôle tensionnel tout ça. Et nous d'avoir un peu plus de temps par patients ».

Plusieurs MG ont cité le **manque de temps** comme obstacle majeur à l'exercice de la médecine générale. Ils pensaient que le **manque de MG** installés en ville était à l'origine de la plus forte demande des patients et du manque de temps. Ils pensaient que **former plus de jeunes médecins** permettrait de pallier à ce manque de MG.

E11 « Ouais le temps pour faire tout ce qu'on a à faire. Je pense qu'on n'a pas assez de temps... ».

E9 « La solution c'est qu'il faut ouvrir plus de places au concours de médecine et qu'il y ait plus de médecins qui ... financer plus de médecins c'est ça la solution pour moi. »

Les MG ont tous insisté sur **l'intérêt des compétences humaines** pour l'exercice de la médecine générale. Pour eux, une consultation médicale ne se faisait pas sans examen physique. La relation médecin-malade reposait sur les échanges directs et réaliser une consultation de qualité nécessitait des compétences relationnelles de la part du médecin.

E1 « la base de la médecine c'est voir les patients, de l'examiner »

E10 « La voix (rires), qu'elle soit directe ou par un intermédiaire, la voix. Parler aux gens et les voir. Le contact.

E9 « Mais bon ça fait quand même partie du rôle du médecin je trouve, de recevoir le patient, de prendre du temps et d'avoir un vrai échange face à face et pas par une autre voie. »

Utilisation des NT : pas forcément une aide pour certaines missions

Dans plusieurs cas, il n'existait **pas d'intérêt affirmé d'utiliser un support numérique** à la place d'un support papier.

E5 « on va pas dire plus rapide que le faire sur papier mais c'est aussi rapide que le faire sur papier »

E2« On nous vend les nouvelles technologies comme quelque chose de plus simple ... honnêtement non »

Dans le cas où les MG rencontraient des difficultés d'utilisation, les **NT ne permettaient pas un gain de temps.**

E10 « En fait je pense que le temps informatique est plus long. »

E12 Je perds beaucoup de temps à la frappe parce que je suis pas une pro de la frappe »

Les NT n'étaient pas pertinentes face à des patients qui avaient besoin d'aide humaine dans leur vie quotidienne et qui ne savaient pas utiliser les outils numériques.

E9 « les pathologies chroniques c'est plutôt des patients âgés la plupart du temps et je suis pas sûre que d'avoir une application sur un smartphone ... je suis sûre qu'ils s'en servent comme ça. Finalement ils ont leur pilulier avec leur prise le matin midi et soir et ça rentre dans l'ordre. Donc si vraiment y'a des problèmes d'observance bah ils ont les infirmières qui passent à domicile pour la prise des médicaments donc ».

3. Les inconvénients de l'utilisation des NT

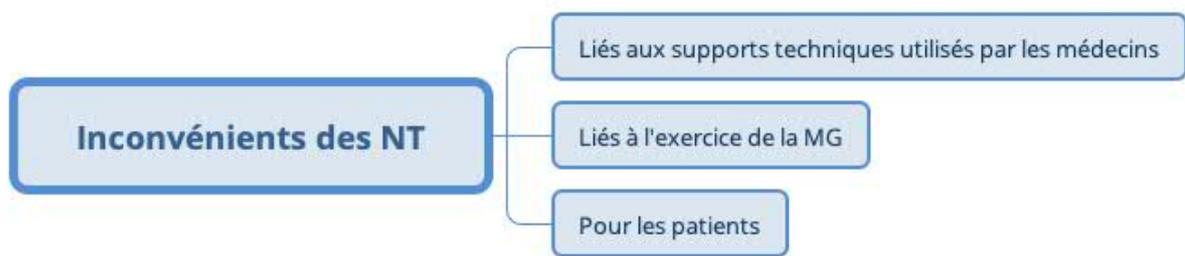


Figure 12 : Les inconvénients des NT

a) Liés aux supports techniques pour les MG

Les MG qui n'étaient **pas à l'aise avec l'utilisation des NT** ne pouvaient pas utiliser les outils disponibles et bénéficier de leur aide.

E2 « je suis pas très à l'aise avec les ... rien que l'ordinateur, donc du coup, je fais le minimum »

Plusieurs médecins se sont sentis obligés d'acquérir du matériel informatique alors qu'ils n'en ressentaient pas le besoin.

E2 « On m'a obligé à avoir un logiciel »

Les MG avaient du **mal à repérer les outils pertinents** face à la multitude de sources disponibles.

E4 « on a du mal à repérer les sites qui sont les plus ... les plus performants pour la question posée »

Le fait que les MG avaient accès à une multitude d'outils différents entravait une utilisation régulière et ils souhaitaient une **politique d'harmonisation des supports**.

E6 « Il faudrait qu'il y ait un peu une, je pense une démarche plutôt publique et que ce soit sur une plateforme où on utilise des scores, on va surveiller tel patient là-dessus, tel patient. Mais si on multiplie les sites dans tous les sens on oublie, on fait plus quoi »

Les MG avaient **du mal à conseiller des supports aux patients** car ils n'avaient pas de visibilité sur le contenu de ces plateformes.

E5 « quand je les donne aux patients, je sais pas ce qui se passe derrière ».

b) Reliés à l'exercice de la médecine générale

Utiliser les NT comme aide dans l'exercice obligeait les MG à **simplifier les situations cliniques** auxquelles ils étaient confrontés pour que les informations soient utilisables via le support utilisé.

E2 « c'est très réducteur un ordinateur, une application euh pour moi je n'arrive pas ni à réduire les gens, ni à me réduire dans une application »

Les MG avaient peur qu'en utilisant les NT **ils deviennent dépendants de ces outils**.

E4 « Maintenant qu'on a un outil qui est logiquement satisfaisant et pratique, c'est très déconcertant quand ça marche pas. »

Utiliser les NT comme support pour ne rien oublier exposait le MG à une **surcharge mentale**.

E2 « à force d'utiliser trop d'outils, on ... on ... je pense qu'il y a un risque de débordement. »

Les MG craignaient qu'utiliser les NT pour stocker les données des patients et rechercher des informations leur fasse **perdre leurs capacités de mémorisation et leurs connaissances**.

E2 « Et en plus, moi il faut que je retienne sinon ma mémoire elle marche pas, donc l'appli c'est ça aussi, c'est qu'après on, on ne retient plus rien ».

L'utilisation des NT engendrait une **intrusion dans la vie privée des médecins** à cause de la disponibilité permanente des outils.

E11 « mais y'a ce côté-là qui me gêne un petit peu. Parce que les labos tu les reçois à n'importe quelle heure, n'importe quand ».

L'accès des patients aux informations médicales pouvait provoquer **une perte d'autorité du médecin** qui n'était plus le seul dépositaire de l'information.

E4 « normalement la parole du médecin doit suffire ».

L'utilisation des NT pendant la consultation risquait de **perturber la communication entre le médecin et le patient.**

E11 « Ouais je pense que ça peut les gêner. Mais une fois de plus parce que t'es sur l'écran aussi. Donc pendant ce temps-là, tu n'es plus avec eux aussi. »

Un MG déplorait que la médecine générale devienne **un marché.**

E2 « Mais la médecine c'est pas qu'un marché ».

Plusieurs MG avaient peur que **le métier de MG soit remplacé par des outils numériques** dans le futur.

E14 « La nouveauté de la consultation, bientôt ce sera une consultation dématérialisée parce que si on passe à une consultation par ... pas par mail mais par Skype et que ... la fois d'après quand les médecins ne pourront plus faire ça, ils vous mettront un ordinateur à la place ».

Considérant la multitude d'exercices différents de la médecine générale, il ne pouvait **pas exister d'outil idéal qui conviendrait à tous les MG.**

E2 « Les médecins sont tous différents, en consult, ils ont une vie totalement différente, une façon de faire totalement différente donc euh c'est vrai qu'une application qui réconcilierait tout le monde c'est un peu bizarre ».

c) *Les inconvénients de l'utilisation des NT par le patient*

Une partie de la population **ne savait pas utiliser les NT** ce qui l'empêchait de pouvoir profiter des outils qui lui seraient utiles.

E9 « Les anciennes générations s'ils n'ont pas de téléphone avec des applications, ça leur servira à rien quoi »

Se reposer sur les NT pour suivre sa santé pouvait engendrer une **perte de la responsabilité du patient** dans sa prise en charge.

E2 « C'est pour ça les objets connectés ça aussi un côté un peu maternel, de rappeler dix fois les trucs ».

Les NT permettaient au patient d'avoir accès à plein d'informations médicales **sans qu'il sache lesquelles sélectionner.**

E4 « à l'informatique on a une masse d'informations dont disposent aussi les patients, donc y'a également du bien et du mauvais là-dedans ».

L'utilisation des NT par les patients pouvait être **source d'angoisse** pour eux.

E9 « Donc ça peut être des grosses angoisses pour les patients. »

La démocratisation des NT chez les patients et les MG engendrait un **stockage des informations personnelles des patients.**

E2 « Ils se rendent pas compte mais les choses qui sont inscrites sur l'ordinateur, les trucs c'est à vie ».

L'utilisation des NT pouvait **s'opposer au respect de la vie privée des patients.**

E8 « ... ce qui pourrait être un frein finalement à l'utilisation de ces outils puisqu'il faut respecter le jardin secret du patient ».

L'aide apportée par les NT était **inutile pour les patients qui refusaient de suivre les recommandations faites.**

E7 « Bah le multimédia, il faudrait que les gens y aillent enfin je veux dire s'en servent. »

IV. Discussion

Le but de ce travail était d'essayer de déterminer quelles étaient les attentes des MG d'Ile de France vis-à-vis des nouvelles technologies dans leur exercice au sein des soins primaires.

A. Résultats principaux

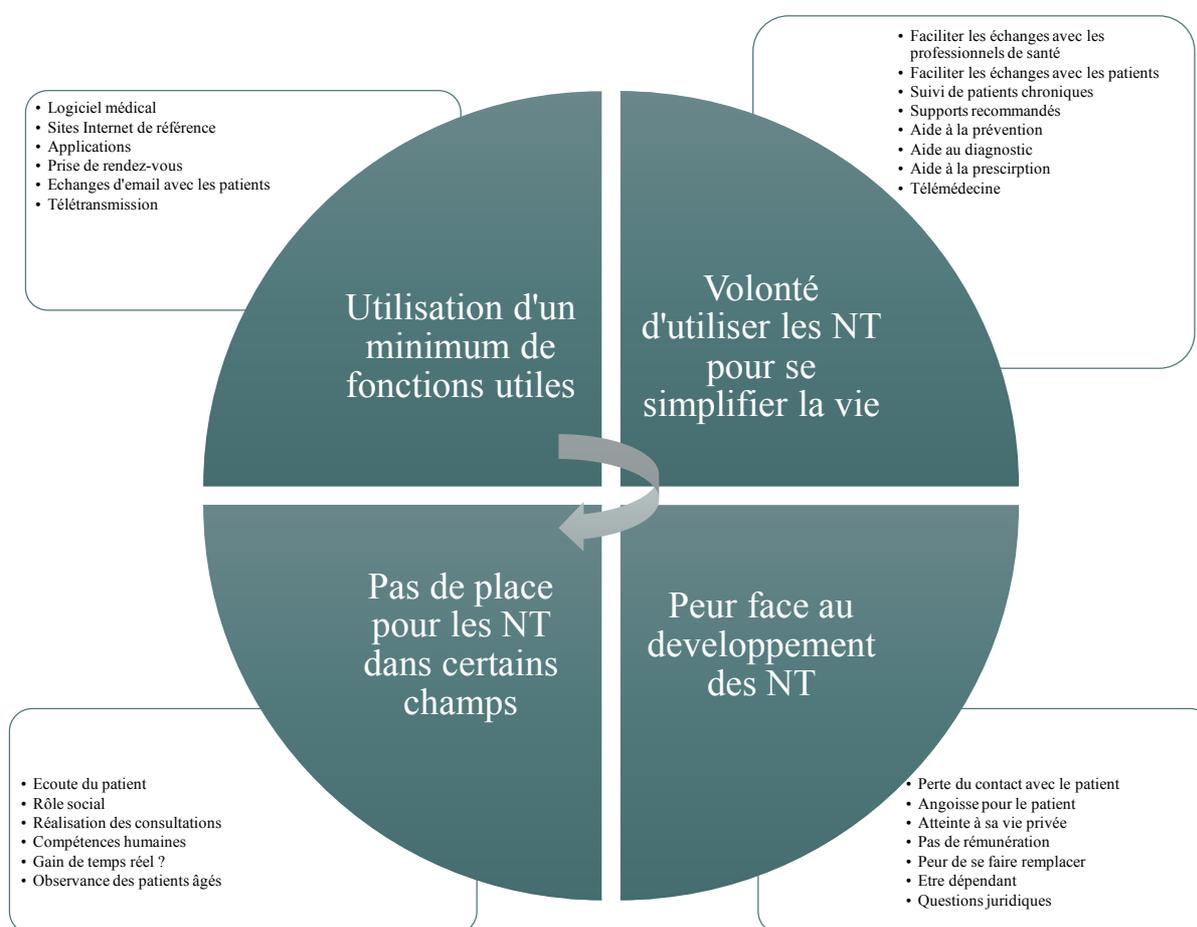


Figure 13 : Principaux résultats

Au cours de l'analyse des entretiens, plusieurs thèmes sont apparus. Dans leur pratique actuelle, les MG utilisaient majoritairement les fonctionnalités de base disponibles. Ils souhaitaient utiliser les NT afin de faciliter leur exercice au quotidien et voulaient de l'aide sur la partie technique de leur métier. Un thème récurrent était celui de la peur face aux NT, pour différentes raisons. Pour finir, ils s'accordaient pour dire que certains champs de la MG ne nécessitaient pas d'intervention des NT.

B. Forces

Il existe peu d'études qui évaluent les besoins des MG pour leur exercice. De nombreux travaux ont évalué l'utilisation des NT par les médecins et les freins qu'ils rencontraient. L'avis des médecins était le plus souvent recueilli par des questionnaires avec des questions fermées.

Il s'agissait d'une étude qualitative prospective réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés. La méthodologie qualitative a permis de faire émerger de nombreux thèmes qui n'auraient pas été traités par un questionnaire quantitatif. La réflexion sur la pertinence de réaliser des focus groups afin de recueillir les données a été faite en amont de l'étude. Puisque le but de l'étude n'était pas uniquement de rassembler des idées pour le développement de nouveaux outils mais aussi d'explorer le ressenti des MG vis-à-vis de leur utilisation des NT, les entretiens semi-directifs ont été sélectionnés. La crainte était que les MG utilisateurs des NT et proactifs dans leur développement exercent un effet « leader » sur le groupe et que les autres ne puissent pas exprimer leurs réticences à l'utilisation de certains outils.

Le guide d'entretien a été construit avec l'aide de la directrice de thèse, formée à la recherche qualitative. Il a été réévalué après avoir effectué les 2 premiers entretiens. Aucun changement n'a paru nécessaire.

L'étude a été réalisée sur un échantillon à variation maximale avec des médecins qui étaient contre l'utilisation des NT et d'autres qui étaient actifs dans le développement d'outils numériques. La population était hétérogène en termes d'âge, de sexe, durée d'exercice et de type d'exercice.

Les entretiens ont été réalisés par la même enquêtrice formée au préalable à la conduite d'entretiens. Au cours des entretiens, des résumés et reformulations ont été utilisés pour s'assurer de la validité interne des données. Les entretiens ont duré entre 32 minutes et 1h09, ce qui a permis de traiter chaque question de façon approfondie et de laisser la place au ressenti des MG.

La saturation des données a été atteinte et confirmée par 2 entretiens.

Le consentement écrit et oral des participants a été recueilli.

C. Faiblesses

Les entretiens et l'analyse ont été réalisés par une interne qui débutait dans la recherche qualitative. Les premiers entretiens ont manqué d'approfondissements dans leur réalisation et les techniques de relance ont été modifiées au fur et à mesure afin d'obtenir des entretiens de meilleure qualité. Le codage et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne ce qui induit un risque de subjectivité dans l'analyse. La qualité de la réalisation des entretiens et du codage a pu être améliorée grâce aux remarques de la directrice de thèse, plus expérimentée dans ce domaine.

Certains items de la grille internationale COREQ n'ont pas été respectés. Un retour sur la retranscription des examens et sur les résultats n'a pas été demandé aux MG interrogés pour des problèmes d'organisation. Le carnet de bord qui avait été commencé au début de l'étude n'a pas été continué à cause d'un problème d'organisation.

D. Comparaison à la littérature

1. Les NT et l'exercice de la médecine

L'utilisation actuelle de la majorité des MG consistait principalement en la tenue du dossier médical sur le logiciel, à la réception des analyses et comptes rendus et à la gestion des rendez-vous par Internet. Ils attendaient des NT une amélioration de ces fonctions. Ils souhaitaient des outils compatibles entre eux et une simplification des manipulations informatiques. Plusieurs MG avaient insisté sur le fait qu'ils souhaitaient être formés à l'utilisation des outils. Ces résultats sont concordants avec le rapport publié par la Direction Générale des Entreprises (DGE) en 2016. Les attentes des professionnels de santé vis-à-vis de la e-santé étaient « être formés », « être informés » et être « rémunérés »(9). Dans un sondage Ipsos et Asip Santé fait en 2017, 96% des médecins interrogés déclaraient avoir un logiciel informatique pour la gestion des patients et 84% de ces médecins utilisaient les outils pour recevoir les résultats d'analyse des patients(4).

2. Les NT et la recherche en médecine générale

Plusieurs MG souhaitaient que les logiciels leur permettent de coder plus facilement des informations liées à leur exercice afin d'en extraire des données exploitables en recherche. Un rapport de la Cour des Comptes de 2017 concernant l'avenir de l'Assurance Maladie allait aussi dans ce sens. Dans le paragraphe intitulé « Saisir toutes les opportunités de la numérisation de la santé », la Cour des Comptes encourage le recueil et l'exploitations des données de santé afin d'améliorer l'évaluation des thérapies et la recherche (10). Une précision est faite sur l'amélioration à apporter sur le codage des soins faits en ville et sur le recueil des données sociodémographiques qui permettraient de faire émerger des corrélations avec d'autres données de santé.

3. Les NT et les échanges médecin-patients

a) Chronophage et non rémunéré

Les MG communiquaient avec certains de leurs patients par e-mail mais ont cité comme obstacle le temps que cela leur prenait. Plusieurs ont relevé que si les échanges par e-mails devaient se démocratiser, l'organisation du temps et la rémunération du MG devraient en tenir compte. Dans une étude réalisée en 2010, environ 5% des médecins déclaraient échanger par Internet avec leurs patients. Là aussi, les obstacles rencontrés étaient le manque de temps de la part des médecins, qui considéraient que gérer ces communications se rajoutait à leur journée de travail. La question de la rémunération était aussi posée (11).

b) Clarification des questions juridiques/ sécurité des données

Les MG interrogés dans notre étude étaient préoccupés de la valeur juridique et de la sécurité des données échangées par les NT. Quatre-vingt-dix % des MG interrogés dans l'enquête Ifop craignaient la perte de la confidentialité des données (4).

c) Avoir des sources fiables à recommander aux patients

Plusieurs MG voulaient savoir quelles sources fiables ils pouvaient conseiller aux patients. Dans le rapport de la DGE de 2016, être guidé dans la recommandation de sites et d'applications faisait aussi partie des attentes des professionnels de santé (9). Une étude faite en 2014 auprès de patients atteints de maladie chronique concernait leurs comportements de recherche d'informations sur Internet et leurs besoins. Les patients regrettaient de ne pas avoir accès au contenu médical publié sur des sites reconnus dans le milieu médical et de ne pas savoir où et comment chercher les informations pertinentes. Ils considéraient que le volume important de référence et l'utilisation du jargon médical les empêchaient d'avoir accès à des informations pertinentes. Ils souhaitaient que les articles médicaux validés soient plus facilement accessibles,

que le vocabulaire utilisé soit plus simple et que les professionnels de santé sachent leur fournir une liste de sources fiables (12).

4. La peur face aux NT

La peur est le thème qui est ressorti le plus souvent concernant le développement des NT. Les MG avaient peur de perdre le contact avec le patient, de perdre leurs connaissances et de perdre leur statut de sachant vis-à-vis des patients. Dans le sondage Ifop et Asip Santé de 2017, 71% des médecins interrogés pensaient que les technologies numériques risquaient de déshumaniser la relation médecin-patient.

Cependant, les MG peuvent être rassurés car les patients ont souvent plus confiance en leur avis qu'en les informations trouvées sur Internet. Selon une enquête Ipsos faite en 2010 pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le médecin est la source principale d'informations pour les questions de santé des patients. Les médecins et les pharmaciens étaient considérés comme les deux sources d'informations les plus fiables. Internet arrivait en 3ème place (13). Dans une étude réalisée en 2012, les patients ont déclaré qu'ils faisaient des recherches sur Internet dans le but de préparer la consultation afin d'en tirer le meilleur parti et avaient peur de déstabiliser leur médecin. Ils considéraient que faire ces recherches les rapprochaient d'une position d'égalité vis-à-vis de leur MG. Ils attendaient de leur médecin que celui-ci soit prêt à discuter de ce que les patients avaient trouvés sur Internet et les aide à clarifier la situation. Les patients ne reprochaient pas à leur médecin de ne pas avoir notion de ce qu'ils avaient trouvé sur Internet, du moment qu'il était ouvert à l'idée de se renseigner. Les patients dont le médecin était à l'écoute et discutait des informations trouvées sur Internet trouvaient que la relation avec leur médecin était renforcée (14).

Dans notre étude, les MG qui refusaient d'avoir un logiciel avaient peur que l'ordinateur s'interpose entre eux et le patient. Une étude faite en 2014 examinant les mouvements oculaires

de médecins et de patients durant des consultations allait dans ce sens. Dans cette étude, les médecins passaient environ 30% du temps de consultation à regarder leur écran (15). Une des conclusions de l'étude était que les médecins n'étant pas concentrés sur le patient pendant un tiers de la consultation, il ratait une partie du langage non corporel du patient. Une piste proposée était de concevoir un espace d'écran partagé afin de restaurer les échanges avec les patients.

La grande majorité des MG ont relevé que l'accès aux informations trouvées sur Internet pouvait engendrer de l'angoisse pour les patients. Un sondage réalisé par l'IFOP en 2017 auprès de patients allait dans le même sens. En effet, 43% des personnes interrogées avait déjà eu peur d'avoir une maladie grave après avoir lu quelque chose sur cette maladie sur Internet, en l'absence de tout symptôme. Pour ces patients, l'attitude adoptée était de rechercher beaucoup d'informations sur Internet dans 74% des cas. 58% cherchaient des informations sur les blogs et les forums et autant avaient tendance à aller voir leur médecin traitant pour se rassurer. Pour 64% des patients interrogés, plus ils trouvaient d'informations, plus ils avaient peur d'avoir ou de développer cette maladie. Enfin, à peu près la moitié des patients déclaraient qu'ils avaient besoin de consulter plusieurs médecins et de faire plusieurs examens avant d'être pleinement rassurés (16). Cela fait écho aux demandes d'examen complémentaires auxquelles étaient confrontés les MG de notre étude suite aux recherches faites par les patients. Le besoin d'apaiser l'angoisse serait une explication aux demandes considérées comme abusives par les médecins. Plusieurs MG avaient remarqué que les patients jeunes semblaient plus préoccupés par leur santé que les autres générations. Cette tendance se vérifie aussi dans cette étude. En effet, les jeunes de moins de 35 ans étaient plus enclins à avoir peur d'être atteints de maladies en l'absence de symptômes. Les hommes de moins de 35 ans étaient 23% à avoir cette crainte et les habitants de l'agglomération parisienne était 19% contre 13% de la population en moyenne (16). Nous avons peut-être eu une surreprésentation des patients anxieux dans les patientèles des médecins interrogés car ils exerçaient tous dans Paris ou en proche banlieue parisienne.

Parmi les inquiétudes des MG face à l'utilisation des NT, la déresponsabilisation des patients utilisateurs vis-à-vis de leur santé a été citée plusieurs fois. Ces résultats vont à l'encontre de la littérature. Plusieurs études ont montré que les patients qui sont bien informés sur leur maladie sont plus actifs dans leur prise en charge (17). Une étude réalisée auprès de patients atteints de cancer a montré que les patients utilisateurs d'Internet se sentaient plus efficaces que ceux qui n'utilisaient pas Internet. Ils se sentaient plus indépendants et aptes à participer aux décisions concernant leurs traitements (18).

E. Significations

La peur de perdre l'autorité et la connaissance face aux patients est récurrente dans plusieurs travaux de recherche concernant la relation médecin-patient avec l'arrivée d'Internet. L'information médicale est devenue accessible à tous et le médecin n'est plus le seul médiateur de ce savoir. Cela bouleverse la relation médecin patient traditionnelle qui reposait sur une asymétrie des connaissances (19). Le rôle du MG n'est plus d'être un expert unique face à un patient ignorant mais évolue vers un rôle de conseiller. Grâce à ses connaissances et son expérience, il peut les aider à interpréter les informations qu'ils ont trouvées et à les orienter dans le système de santé. Cette peur face à une meilleure information des patients va à l'encontre des directives de la loi Kouchner de 2004 qui a entériné le droit des patients à être informés sur leur état de santé. Dans le rapport de l'ANAES concernant les recommandations destinées au médecin concernant l'information des patients, il est stipulé que « L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins (20) ». Les médecins sont maintenant confrontés à un nouveau type de patient informé.

Dans notre étude, les MG avaient connaissance de certains outils existant mais ne les utilisaient pas. Cette inertie à utiliser les nouveaux outils disponibles fait écho avec la faible adhésion des médecins aux outils informatiques en début des années 2000. En 2010, seuls 40% des médecins

étaient équipés d'ordinateurs. Plusieurs textes de loi ont rendu obligatoire la télétransmission à partir de 2009. Il a fallu plusieurs années avant que l'informatique se démocratise au sein des cabinets médicaux. Les médecins ont dû s'approprier les supports technologiques. Le changement des pratiques a été théorisé par plusieurs auteurs. Le processus de changement dépend de l'intentionnalité du changement et de son mode de diffusion. L'intentionnalité au changement est liée au choix des individus (démarche personnelle) et/ou à la transformation de l'environnement (l'obligation de la télétransmission par exemple). Le mode de diffusion du changement décrit comme radical semble convenir aux comportements décrits jusqu'alors. Ces changements s'établissent par cycles qui se succèdent. (21)

- D'abord un cycle long où ont lieu de petits changements itératifs.
- Puis un cycle court où les transformations sont radicales. Durant ce cycle, la stratégie et la structure organisationnelles sont remises en cause.
- Enfin, s'ensuit une période d'instabilité. (21)

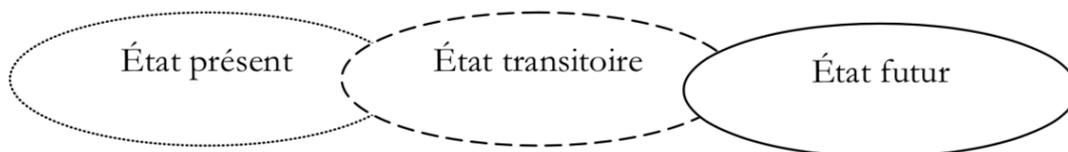


Figure 14 : Le processus de changement selon Beckard (1994)

F. Perspectives

1. Les outils existent déjà

Parmi les évolutions souhaitées par les médecins, il convient de remarquer que la plupart des outils existent déjà ou sont en cours d'élaboration. Pour de l'aide au diagnostic ou la recherche de contenu fiable, de nombreuses plateformes gratuites ou payantes existent. **Le site d'informations Medscape** propose une application

gratuite anglophone qui regroupe des informations sur des pathologies, les traitements et les dernières recommandations. **Le site payant Epocrates** propose le même type de contenu anglophone validé par des pairs, en coopération avec **le British Medical Journal**. La détection d'interactions médicamenteuses est intégrée dans la grande majorité des logiciels médicaux. Il existe aussi des outils proposés sur les applications de bases de données médicamenteuses. Medscape propose aussi son propre outil dédié à la détection d'interactions médicamenteuses (22).

Concernant les échanges entre professionnels de santé ou avec les patients, là aussi des solutions satisfaisantes existent. **L'application Allo Saint Jo** a été citée par plusieurs médecins. Cette application fait partie de plusieurs applications qui ont été développées par l'Hôpital Saint Joseph à Paris 14^{ème}. Le but d'Allo Saint Jo est de faciliter le parcours des patients suivis à Saint Joseph en offrant des lignes de communications facilitées pour les médecins de ville (23). Il existe d'autres applications ayant pour but de faciliter les communications entre professionnels de santé de façon sécurisée. Dans leurs échanges actuels d'e-mails avec les patients, les MG ont déclaré qu'ils ne le faisaient pas à partir de messagerie sécurisée alors qu'ils avaient accès à au moins une messagerie sécurisée. Il existe plusieurs plateformes médicales sécurisées qui proposent un carnet de santé connecté et une messagerie par laquelle le patient peut échanger avec les professionnels de santé de son choix. Ces carnets de santé connectés répondent aussi à la demande de suivi des patients atteints d'une maladie chronique exprimée par les MG. Par exemple, **le carnet de santé Avitam ®** propose aux patients de « centraliser, protéger et partager » leurs données médicales avec leurs médecins. Le contenu proposé s'adapte aux besoins du patient en fonction de leurs pathologies et des rappels sont faits au patient. Sur cette plateforme, les patients peuvent communiquer avec leurs médecins via une messagerie sécurisée.

2. Le début de la télémédecine

La télémédecine n'était pas directement évoquée dans le guide d'entretien mais le sujet est apparu de lui-même dans un certain nombre d'entretiens. Le fait que le texte permettant le remboursement de la téléconsultation par la Sécurité Sociale ait été validé durant la période de recrutement n'y est pas étranger. Depuis septembre 2018, la téléconsultation fait partie des actes remboursés dans le cadre de la convention médicale pour tous les médecins. Dans les textes, la téléconsultation doit respecter plusieurs conditions : le parcours de soins coordonné doit être respecté, le patient doit être connu du médecin réalisant la téléconsultation, ce qui implique une consultation physique dans les 12 mois précédents, le recours à une vidéotransmission de qualité ainsi que la protection des données médicales. A la suite de la consultation, le patient recevra une feuille de soins qu'il devra faire parvenir à son organisme de Sécurité Sociale pour se faire rembourser. Un médecin avait évoqué le coût des outils comme frein à leur utilisation. Pour pallier à ce frein, l'Assurance Maladie a prévu à partir de 2019 une aide à l'équipement de 350 euros pour que les médecins s'équipent en vidéotransmission, mettent à jour leurs équipements informatiques et s'abonnent à des plateformes sécurisées de télémédecine. Il est aussi prévu une aide de 175 euros pour s'équiper en appareils médicaux connectés. Dans les textes de la Sécurité Sociale, il est convenu qu'à la fin de la téléconsultation le médecin consultant rédige un compte rendu et peut l'intégrer dans le DMP du patient. Le développement de la télémédecine était encouragé par la Cour des Comptes dans un rapport de 2017 car il permettrait de répondre à des problématiques de maintien au domicile de personnes âgées, d'éducation thérapeutique des patients. Le bémol était l'absence de cadre stable et pérenne (10). Avant même la mise en place du cadre légal de la téléconsultation, plusieurs plateformes avaient commencé à proposer des services médicaux par visioconférence. Les solutions se multiplient depuis que la téléconsultation est remboursée. La plateforme la plus connue est **Doctolib®** qui propose, en plus de son service de prise de rendez-vous sur Internet, un accès à la téléconsultation. Il est intéressant de noter que

les arguments commerciaux de Doctolib® pour inciter les médecins à utiliser leur plateforme de téléconsultation concordent avec les avantages évoqués par les MG dans notre étude : « Réalisez des téléconsultations où et quand vous le souhaitez, de manière sécurisée. Ne soyez plus dérangés par les sollicitations des patients (appels, SMS, e-mails) ». Concernant les prix d'abonnements aux plateformes, l'aide proposée par l'Assurance Maladie permet de couvrir environ 3 mois d'abonnement, en fonction des plateformes.

3. Le DMP

Le DMP n'était pas abordé directement au cours des entretiens mais une MG a spontanément dit qu'elle l'utilisait. Elle était surtout confrontée à des difficultés dans son utilisation car elle ne pouvait pas intégrer les comptes rendus des spécialistes. Elle ne comprenait pas son rôle au sein de l'organisation du DMP. Le projet du DMP avait été lancé pour la première fois dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie (24). Sa mise en place a été compliquée depuis et plusieurs vagues de lancement ont précédé celle de 2018. Le DMP est maintenant accessible à tous les patients depuis le 6 novembre 2018. Sur le site Internet dmp.fr adressé aux patients, le DMP est décrit comme « un carnet de santé numérique qui conserve et sécurise vos informations de santé (...) Il vous permet de les partager avec les professionnels de santé de votre choix, qui en ont besoin pour vous soigner. » (25). Un sondage réalisé en 2013 montrait que 85% des français étaient favorables à l'utilisation du DMP (26). Du côté des médecins, l'engouement était plus modéré. Le lancement de novembre 2018 a fait suite à une phase test dans 9 départements en 2017. Les résultats de cette phase test ont montré que seuls 18% des médecins avaient rempli le DMP. Les obstacles relevés étaient le temps nécessaire pour avoir accès au DMP et pour intégrer des documents et la redondance avec les logiciels médicaux déjà utilisés par les médecins (27). Dans un communiqué de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), le 13 décembre 2018, 3 millions de DMP avaient été créés. Trente-neuf % des DMP étaient créés par les pharmaciens et 39% par les patients eux-

mêmes. Seuls 4% des DMP avaient été créés par des professionnels de santé libéraux. La région Ile de France était la première en nombre de DMP créés (28). La CNAM insiste sur l'importance de la mobilisation des professionnels de santé pour conforter l'élan actuel du DMP. De son côté la Cour des Comptes note que le DMP ne sera efficace que s'il est convivial, agile et interopérable et s'il contient toutes les informations utiles au traitement du patient (10). Pour revenir sur les difficultés du médecin interrogé quant à sa place au sein du DMP, elle regrettait de ne pas pouvoir intégrer les comptes rendus de spécialistes qu'elle recevait. Elle ne voyait aucun autre intérêt à utiliser elle-même le DMP à part le créer. Elle n'évoque pas le fait que les comptes rendus de ses propres consultations pourraient être pertinents dans le DMP.

4. Des dispositifs peu utilisés par les médecins.

Tous ces dispositifs correspondent à des besoins qui ont été exprimés par les MG. Pour autant, ils n'étaient pas utilisés par les médecins qui disaient en avoir besoin. Dans l'exemple du carnet de santé Avitam®, un travail de thèse a mis en évidence que si les médecins étaient d'abord partant pour utiliser un outil considéré comme utile, leur motivation à l'utiliser diminuait au cours du temps(8). La volonté d'avoir un support unique centralisant les informations médicales du patient a été exprimée par plusieurs MG de notre étude. Or, on constate une faible utilisation actuelle du DMP. Les outils d'aide à la prescription sont présents dans tous les logiciels médicaux mais beaucoup de MG continuent à faire leurs ordonnances à la main. La faible utilisation de ces nombreuses solutions peut être expliquée par l'absence de compatibilité des outils. La multiplication des supports rend leur utilisation chronophage. Le MG qui espère gagner du temps en les utilisant y renonce donc. Au Royaume-Uni, la National Health Service (NHS), équivalent de l'Assurance Maladie, a créé un portail Internet regroupant du contenu médical validé, un service de prise de rendez-vous en ligne, ainsi qu'un accès pour le patient à son dossier médical. Une aide est proposée pour les personnes ne sachant pas se servir d'Internet et des brochures papiers sont téléchargeables sur le site (29). Au lieu de développer des supports répondant à une

seule problématique, une solution serait de développer un portail unique sécurisé sur lequel le médecin aurait le dossier du patient, pourrait télétransmettre et communiquer avec les autres spécialistes en charge du patient. La prise de rendez-vous et un support de téléconsultation pourrait y être ajoutés. Afin d'être cohérent, le développement de ce type d'outils pourrait être supervisé par les autorités sanitaires. Malgré tout, plusieurs remarques s'opposent au développement d'un support unique. L'exercice de la médecine est considéré comme un art et non pas comme une science exacte. Développer un outil unique qui conviendrait à l'exercice varié de tous les médecins semble utopique. De plus, les applications et les objets connectés étant développés principalement par des industriels, un de leur objectif est de récupérer leur retour sur investissement. Le développement d'un outil unique ne serait pas forcément rentable d'un point de vue économique pour un industriel. C'est pourquoi un tel projet doit être porté par les autorités gouvernementales.

5. Des sites Internet fiables

Dans de nombreuses études, les médecins comme les patients déplorent le peu de fiabilité d'une grande partie du contenu des sites Internet. Les patients souhaiteraient que leurs médecins leur conseillent des sources fiables. Les médecins eux-mêmes se sentent démunis face à cette multitude de sites Internet et d'applications. Il existe plusieurs projets ayant pour but la labélisation des contenus. **La fondation Health On the Net (HON)** est une organisation non gouvernementale fondée en 1995 en relation avec l'Organisation Mondiale de la Santé. Son but affiché est de faire « la promotion d'une information de santé en ligne fiable et transparente. » Elle propose de certifier, moyennement rétribution, des sites Internet sur des critères de fiabilité de l'information proposée, de transparence des sources d'informations et de sécurité des données personnelles. Les sites ainsi certifiés sont référencés dans un moteur de recherche dédié et sont valorisés sur les réseaux sociaux (30). L'entreprise française DMD Santé a fondé un label « garantissant la qualité des applications mobiles et objets connectés en santé pour orienter le

grand public, les patients et les professionnels de santé vers les meilleures solutions ». Les items qui sont pris en compte dans l'évaluation des applications et objets connectés sont : la valeur médicale, l'éthique, le respect de la vie privée, la conformité juridique et réglementaire et la sécurité (31). La HAS a publié en 2016 un guide de bonne pratique à l'attention des industriels et des évaluateurs concernant les applications et les objets connectés (31). Le Ministère des Solidarités et de la Santé a inauguré en 2017 un prototype du **site santé.fr** (32). Ce portail toujours en cours de développement propose un annuaire des professionnels de santé, un accès à des informations fiables via un moteur de recherche et un compte personnel où l'utilisateur pourra paramétrer des alertes (sur la pharmacie de garde ou la qualité de l'air). Contrairement au site de la NHS en Angleterre, le site santé.fr ne fait pas partie des premières propositions en cas de recherche sur Google. Pour rejoindre le modèle de la NHS, le site santé.fr pourrait être fusionné avec la plateforme du DMP. Le référencement de ce site sur Google en faisant en sorte qu'il fasse partie des premiers résultats affichés permettrait une plus grande visibilité.

6. Améliorer le contenu médical d'Internet

Pour améliorer le contenu médical disponible au grand public sur Internet, une solution est d'encourager les médecins à publier du contenu. Le CNOM a organisé en 2010 un débat concernant la meilleure intégration d'Internet au sein de la relation médecin-patients. Une de leur recommandation était d'inciter les médecins à avoir leur propre site Internet ou blog. Ils proposaient aussi la création d'un label ordinal pour assurer la validité de ces sites (33). Outre Atlantique, l'idée d'impliquer les médecins dans la publication de contenu validé a aussi germé. En 2013, l'Université de Médecine de San Francisco proposait à ses étudiants de valider des crédits en publiant des articles médicaux sur Wikipédia. Cette démarche avait pour but de former les étudiants à chercher des informations pertinentes sur un sujet précis, à les interpréter correctement et à savoir les restituer de façon intelligible pour leurs pairs et pour les patients. Ce

projet avait été créé avec le support de Wiki Project Med Foundation, une organisation à but non lucratif qui a pour but d'améliorer le contenu médical de l'encyclopédie en ligne Wikipédia (34).

7. La mise en place du cadre juridique

Depuis quelques années, le développement de NT se faisait parfois dans un cadre juridique flou. Contrairement à ce que plusieurs médecins pensaient, il n'est pas obligatoire pour le médecin d'avoir un logiciel médical. Cependant, l'Assurance Maladie a prévu depuis 2016 une rémunération incluse dans un « Forfait structure » qui a pour but d'aider à la modernisation des cabinets. Ce forfait comprend plusieurs niveaux. Dans le premier niveau, sont pris en compte l'utilisation d'un logiciel médical avec une aide à la prescription, le fait d'avoir une messagerie sécurisée et avoir un taux de télétransmission supérieur à deux tiers des consultations (35). Vis-à-vis des obligations réglementaires de sécurité, plusieurs organismes ont édité des recommandations. En juin 2018, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) et le CNOM ont édité un guide pratique sur la protection de données personnelles à l'attention des médecins exerçant en libéral sous la forme de six fiches pratiques (36). Le médecin libéral est soumis au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) car il traite des données personnelles. Les données personnelles sont définies comme « toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable ». Les six fiches pratiques concernent le logiciel médical, la prise de rendez-vous sur Internet, la messagerie électronique, les téléphones portables, la recherche et la télémédecine.

Dans le cadre du **dossier patient**, seules les informations médicales pertinentes doivent être enregistrés, pour une durée limitée. Le médecin doit s'assurer de la sécurité des sauvegardes. Le patient doit être informé de l'existence des dossiers et de ses droits à son égard. Un exemple d'affiche est en annexe 2. En cas d'utilisation ultérieure des données dans le cadre de projet de recherche, cela doit être notifié dans la documentation à disposition des patients.

Les échanges licites d'informations concernant un patient entre professionnels de santé sont rappelés. Seuls les professionnels de santé participant à la prise en charge du patient ont le droit d'avoir accès aux informations dont ils ont besoin dans le dossier du patient (37). Le médecin qui gère le dossier patient doit prendre toutes les précautions utiles pour empêcher que des tiers non autorisés aient accès aux données de santé. Concernant les échanges par messagerie électronique, il est rappelé que les échanges avec les autres professionnels de santé doivent se faire impérativement via une messagerie sécurisée. Pour les échanges avec les patients, c'est au médecin de s'assurer de l'authenticité du serveur destinataire des fichiers et de s'assurer du secret nécessaire à la lecture du fichier, en envoyant un mot de passe par SMS par exemple.

En cas de travaux de recherche réalisés à partir des données des dossiers de patients, l'autorisation de la CNIL n'est pas nécessaire uniquement si ces études sont destinées au seul usage du médecin. Par contre, si le traitement des données engendre un risque pour les droits et les libertés des patients, une analyse d'impact doit être faite. Plusieurs outils sont à disposition sur le site de la CNIL. Une nouveauté est que le médecin doit tenir un registre des activités de traitement afin de recenser les traitements des données personnelles qu'il fait.

Ce registre doit contenir : (38)

- les **finalités** du traitement, l'objectif en vue duquel vous avez collecté ces données
- les catégories **de personnes concernées**
- les catégories de **données personnelles**
- les catégories de destinataires** auxquels les données à caractère personnel ont été ou seront communiquées
- les **délais prévus pour l'effacement** des différentes catégories de données

- une **description générale des mesures de sécurité** techniques et organisationnelles mises en œuvre

Concernant les **échanges d'e-mails avec les patients**, la plupart des MG ne savaient pas quelles étaient leurs obligations et responsabilité. Il n'existe pas de législation officielle en France qui répond aux questions non résolues. Ces questions sont :

- Est-ce que le médecin est responsable en cas d'incident arrivé au patient suite à un e-mail non lu ?

- Est-ce que le médecin a une obligation légale de lire tous les e-mails qu'il reçoit et dans quel délai ?

Le Collège des Médecins du Québec a publié en 2017 une guide des communications avec le patient à l'attention des médecins (39). Il est recommandé de recueillir le **consentement écrit du patient** à communiquer avec lui par e-mails ou de le notifier dans le dossier médical. Le médecin devrait aussi s'assurer que le patient comprend les problématiques de sécurité que ces échanges engendrent. Le Collège conseille d'échanger à propos de sujets non sensibles comme gérer un rendez-vous, confirmer la réception d'un résultat de laboratoire, informer d'un résultat normal ou effectuer un ajustement thérapeutique ou le suivi à distance d'une maladie chronique. Il est aussi conseillé de programmer un **accusé de réception automatisé** qui précise le délai de réponse fixé et les actions à prendre en cas de non-respect du délai de réponse de la part du médecin. Dans cet accusé de réception, il est conseillé de spécifier les limites de l'utilisation du courriel et en particulier que l'e-mail n'est pas le moyen de communication recommandé en cas d'urgence. En France, les obligations du médecin en cas d'absence sont régies par le Code de la Santé Publique. Il y est notifié que lorsque le « médecin se dégage de sa mission de soins (...) il doit indiquer à ses patients **le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence.** » (40). Les coordonnées du service d'urgence le plus proche ou du SAMU ont donc leur place dans l'accusé de réception automatique.

8. Privilégier l'humain

Plusieurs MG regrettaient le développement des NT au détriment des mesures visant à former plus de jeunes médecins. Ils pensaient aussi à des nouveaux métiers paramédicaux permettant de garder le contact humain avec le patient tout en les aidant à avoir un avis médical grâce aux NT. La réforme annoncée en 2019 pour l'horizon 2022 intitulée « Ma santé 2022 » comporte des points qui rejoignent ces réflexions. Parmi les points clés de cette réforme, il y a **la création du métier d'assistant médical** ainsi que **la suppression du Numérus clausus**. Les détails sont en cours de discussion pour le calendrier de la suppression du numérus clausus, qui se profile pour la rentrée 2020. Les conditions d'accès aux formations médicales se reposeront sur le système LMD. Il est prévu que des étudiants inscrits en licence puissent rejoindre le cursus médical sur dossier. Concernant la sélection à l'entrée, le concours de la fin de la première année sera supprimé mais il restera un processus de sélection qui doit être précisé dans le futur. Un des buts de cette suppression reste de former plus de médecins. A cette volonté s'oppose actuellement les capacités de formation qui sont saturés dans la majorité des facultés de médecine. Les conditions d'accueil de ces futurs étudiants en santé restent encore à débattre. Selon le Dr Marie BROSSET, porte-parole du syndicat ReagJir, la suppression du numérus clausus « n'a de sens que si on augmente les stages en médecine de ville et qu'on repense les débuts d'exercice dans un cadre réfléchi. » (41)

Le métier d'assistant médical existe déjà dans le cadre de certains métiers comme les dentistes. Leur rôle au sein d'un cabinet médical de groupe consisterait à décharger les médecins de toutes les tâches « non médicales ». Ils feraient donc les formalités administratives. Ils aideraient aussi le médecin en préparant la consultation avec le patient : prise de tension artérielle, température, électrocardiogramme si nécessaire. Ils auraient aussi comme rôle d'aider à l'accompagnement du parcours du patient en coordonnant les rendez-vous avec les spécialistes, les hospitalisations et en aidant les patients à prendre des rendez-vous compliqués. En attendant le développement d'une

filière spécifique, les pistes retenues sont la formation complémentaire d'aide soignantes ou de secrétaires (42). La réforme prévoit un soutien financier pour les professionnels de santé qui embaucheront des assistants médicaux, sous réserve que ces professionnels exercent en groupe, de manière coordonnée ou au sein **d'une Communauté professionnelle territoriale de santé** (CPTS). Le déploiement des CPTS fait partie de la réforme et a pour but de privilégier les initiatives des professionnels de santé pour exercer à plusieurs de façon coordonnée (43). Les assistants médicaux tels qu'ils sont décrits dans la réforme existent déjà dans plusieurs pays comme le Canada, la Suisse ou aux USA. Selon les pays, le « clinical assistant » a des compétences qui recoupent plus ou moins celles du secrétaire médical, de l'aide-soignant ou de l'infirmier (44). Un nouveau métier sera aussi créé avec cette réforme : celui **d'infirmier(e) de pratique avancée** (IPA). Sa mission sera de prendre en charge de manière autonome des patients au sein d'une équipe pluri professionnelle. Pour devenir IPA, les infirmier(e)s devront avoir au moins trois ans d'expérience et deux ans de formation supplémentaire. Pour l'instant, les champs d'intervention des IPA seraient les pathologies chroniques stabilisées et les poly pathologies courantes en soins primaires, l'oncologie, l'hémo-oncologie, et les maladies rénales chroniques avec la dialyse (45). Le concept d'IPA existe depuis plusieurs dizaines d'années aux USA et s'est aussi développé en Australie et au Canada. Avec la création des postes d'assistants médicaux qui gèrent la partie administrative et préparent les consultations et des IPA qui suivent une partie des patients atteints d'une pathologie chronique et stable, les médecins pourront consacrer leur temps aux patients qui ont le plus besoin d'un suivi médical.

En suivant les pistes données par cette réforme, l'exercice médical au sein des soins primaires est amené à subir des transformations en profondeur dans les prochaines années. Les médecins seront encouragés à travailler au sein de structures pluri professionnelles en collaboration avec des IPA. Les tâches administratives et la gestion financière seront réalisées par un assistant médical dont le salaire pourrait être financé par l'Assurance Maladie. Certains patients atteints de

maladies chroniques pourront être suivis par une IPA sous la supervision du médecin qui reprendrait la main en cas de besoin. Il existe déjà des modèles de fonctionnements similaires créés suite à des initiatives personnelles. Le groupe de cabinet Ipsos santé se définit comme « un réseau de cabinets médicaux nouvelle génération. Notre mission : repenser la médecine de proximité pour garantir des soins de qualité accessibles à tous. ». Ils proposent aux patients des horaires de consultation étendus avec des créneaux d'urgence spécifiques à la pédiatrie et l'allaitement, la prise de rendez-vous sur Internet et un portail sécurisé de téléconsultation. Un accès au dossier médical semble en cours de projet. Ils proposent aux médecins de les délester de toutes les tâches administratives et de leur fournir des outils efficaces et adaptés à leur pratique. Dans cette organisation, les outils numériques seront utilisés pour faciliter l'exercice du médecin en le déchargeant des tâches qui le polluent actuellement. Face au développement de l'intelligence artificielle (IA) qui commence à faire ses preuves dans le diagnostic, une crainte affichée par plusieurs est que « les machines prennent le pouvoir ». Dans plusieurs études, l'IA a fait des diagnostics plus précis que les médecins face à des images. Cependant, la peur ne doit pas faire oublier que la prise en charge globale des patients ne repose pas que sur le diagnostic de la pathologie. La qualité de la prise en charge dépend de facteurs liés à la pathologie mais aussi à l'environnement psychosocial du patient ainsi qu'à ses représentations de la maladie. Les patients chercheront toujours le contact humain. Pour que l'intégration de ces nouveaux outils ultra performants se fasse au bénéfice de la prise en charge du patient, les médecins doivent s'impliquer dans leur développement. L'avis du Dr Jacques Lucas, délégué général du numérique du CNOM, lors de la conférence « La santé à l'ère de l'Intelligence Artificielle » en mars 2018 résume les défis à relever dans les prochaines années. Le premier défi est celui **de l'acceptabilité sociale** d'une IA qui remplacerait entièrement les médecins et du rejet de la part de la société que cela engendrerait. Il insiste sur le fait que les dispositifs doivent rester de « nature technique » et qu'il faut « mettre de l'éthique médicale et de l'empathie dans la relation ». Le deuxième défi est l'acceptabilité par le corps professionnel dont la moyenne d'âge est aux alentours de 55 ans et qui

a du mal à changer ses pratiques. Il compte sur la nouvelle génération de médecins pour s'approprier ces nouveaux outils et aider les anciennes générations. Le troisième défi est le maintien de la relation humaine pour les usagers-patients. (46)

V. Conclusion

Le but de cette étude était de déterminer les attentes des MG concernant l'utilisation des NT dans les soins primaires.

Pour commencer, les NT étaient actuellement utilisées afin d'aider le MG dans la réalisation de ses tâches techniques. Seules les fonctionnalités principales étaient utilisées et les MG ne connaissaient que peu les outils déjà existants. Ils souhaitaient le développement des NT pour la simplification d'actes techniques et la recherche d'informations fiables. Parmi les améliorations et les outils qu'ils souhaitaient, une grande majorité existait déjà ou était en cours de développement. Ensuite, les MG ressentaient de la peur face au développement des NT. La peur concernait la détérioration de leur relation avec le patient, la rivalité avec leurs propres connaissances ou encore la sécurité des outils. Ces peurs étaient un frein important à l'utilisation des NT. Pour finir, ils pensaient que plusieurs champs de l'exercice de la MG n'étaient pas concernés par les NT. Le contact direct avec le patient et la part sociale de la médecine générale ne pouvaient pas bénéficier d'une aide des NT. Les MG souhaitaient donc le développement d'outils utilisant les NT pour les décharger de certaines tâches, mais prônaient le maintien du contact humain dans la relation.

L'exercice médical au sein des soins primaires est amené à subir de profonds changements dans les prochaines années avec l'arrivée d'outils ultra-performants et les changements d'organisation. L'implication des professionnels de santé dans les processus de changement est essentielle pour préserver la dimension éthique et humaine de la profession.

VI. Bibliographie

1. OMS, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 24 sept 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
3. BAUMANN SB-A. NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 24 janvier 2019]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/ntic-nouvelles-technologies-de-l-information-et-de-la-communication.php>
4. IPSOS FRANCE. Les médecins à l'ère du numérique [Internet] [cité 15 janv 2018]. Disponible sur : <http://m.ipsos.fr/decrypter-societe/2017-01-31-medecins-l-ere-numerique>
5. Patients & Web. A la recherche du ePatient. [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.patientsandweb.com/wp-content/uploads/2013/04/A-la-recherche-du-ePatient-externe.pdf>
6. Wildevuur SE, Simonse LW. Information and Communication Technology–Enabled Person-Centered Care for the “Big Five” Chronic Conditions: Scoping Review. J Med Internet Res [Internet]. 27 mars 2015 [cité 14 févr 2017];17(3). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393506/>
7. Commission Européenne. Livre vert sur la santé mobile, Bruxelles, 2014. [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur : <https://etatsgenerauxdelabioethique.fr/media/default/0001/01/28bd5fb9174e43026d7a6e46133bcd7964ed75a1.pdf>
8. DAPOIGNY J. Perception des médecins généralistes concernant l'utilisation de nouvelles technologies dans la prise en charge des maladies chroniques. Université de Montpellier Faculté Montpellier-Nîmes ; 2016.
9. Ministère de l'Economie, de l'Industrie et du Numérique. Rapport final, E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé, 2016. [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur : https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/prospective/Numerique/2016-02-Pipame-e-sante.pdf
10. Cour des Comptes. L'avenir de l'Assurance Maladie. [Internet]. 2017 nov. [cité 26 janv 2019] Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lavenir-de-lassurance-maladie>
11. Méadel C, Akrich M. Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. Trib Santé. 2010 ; n° 29(4) :41-8.
12. Lee K, Hoti K, Hughes JD, Emmerton L. Dr Google and the Consumer: A Qualitative Study Exploring the Navigational Needs and Online Health Information-Seeking Behaviors of Consumers With Chronic Health Conditions. J Med Internet Res [Internet]. 2 déc 2014 [cité 6 janv 2019];16(12). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275480/>
13. IPSOS. Sondage pour le CNOM. Les conséquences de l'usage d'Internet sur les relations patients - médecins. [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sondage%20internet%20CNOM%202010_0.pdf
14. Bowes P, Stevenson F, Ahluwalia S, Murray E. 'I need her to be a doctor': patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations. Br J Gen Pract. nov 2012;62(604):e732-8.
15. Montague E, Asan O. Dynamic modeling of patient and physician eye gaze to understand the effects of

electronic health records on doctor-patient communication and attention. *Int J Med Inf.* mars 2014;83(3):225-34.

16. Ifop. Les Français, l'information santé et la peur de la maladie. 2014. [Internet]. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2527-1-study_file.pdf
17. Coulter A. Evidence on the effectiveness of strategies to improve patients' experience of cancer care. Macmillan Cancer Support, juin 2007. [Internet]. [cité 25 janv 2019] Disponible sur : <https://www.picker.org/wp-content/uploads/2014/10/Evidence-...-patients-experience-of-cancer-care.pdf>
18. Fleisher L, Bass S, Ruzek SB, McKeown-Conn N. Relationships among Internet health information use, patient behavior and self efficacy in newly diagnosed cancer patients who contact the National Cancer Institute's NCI Atlantic Region Cancer Information Service (CIS). *Proc AMIA Symp.* 2002;260-4.
19. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? *Commun Rev Commun Soc Publique.* 1 déc 2013;(10):1-24.
20. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). INFORMATION DES PATIENTS RECOMMANDATIONS DESTINÉES AUX MÉDECINS. Mars 2000. [Internet]. [cité 14 févr 2019]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf>
21. Hammouti N. Le Changement Organisationnel : Enjeux et Insuffisances. [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur : http://www.cidegef.org/prochaines/kenitra/communications/HAMMOUTI_FSJESK_Maroc.pdf
22. Drug Interactions Checker - Medscape Drug Reference Database [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>
23. Hôpital Paris Saint Joseph. Nos applis mobiles [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.hpsj.fr/nos-applis-mobiles/>
24. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [Internet]. [cité 16 janv 2019] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
25. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/>
26. 01net. Etude BVA : Les Français sont largement prêts pour l'e-santé [Internet]. 01net. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.01net.com/actualites/etude-bva-les-francais-sont-largement-prets-pour-le-sante-605546.html>
27. Béguin F. Le carnet de santé numérique va devoir faire ses preuves. *Le Monde* 6 nov 2018 [cité 27 janv 2019] ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/11/06/le-carnet-de-sante-numerique-va-devoir-faire-ses-preuves_5379433_1651302.html
28. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La barre des 3 millions de DMP franchie. 14 dec 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiqués-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communiqué/3703.php>
29. NHS. Home [Internet] [cité 27 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.nhs.uk/>
30. Health On the Net. Certification HONcode - 8 principes éthiques [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.hon.ch/fr/certification.html>
31. Haute Autorité de Santé - Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (mobile Health ou mHealth) [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2681915/fr/referentiel-de-bonnes-pratiques-sur-les-applications-et-les-objets-connectes-en

32. DSIH. Lancement de Santé.fr en Île-de-France [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.dsih.fr/article/2404/lancement-de-sante-fr-en-ile-de-france.html>
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Vers une meilleure intégration d'Internet à la relation médecins-patients. [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/vers-une-meilleure-integration-d%E2%80%99internet-la-relation-medecins-patients-982>
34. UCSF First U.S. Medical School to Offer Credit For Wikipedia Articles [Internet]. UC San Francisco. [cité 5 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ucsf.edu/news/2013/09/109201/ucsf-first-us-medical-school-offer-credit-wikipedia-articles>
35. Ameli. Convention 2016 - Moderniser le cabinet [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: <https://convention2016.ameli.fr/renforcer-la-qualite-des-soins/moderniser-le-cabinet/>
36. CNIL et CNOM. Guide pratique sur la protection des données personnelles. Juin 2018. [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/guide_cnom_cnil_rgpd.pdf
37. CNOM. Fiche pratique : Echanges et partage d'informations. [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomechange partageinfos_0.pdf
38. CNIL. Le registre des activités de traitement [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/RGDP-le-registre-des-activites-de-traitement>
39. Collège des médecins du Québec. Les échanges électroniques avec le patient. Oct 2017. [Internet]. [cité 29 janv 2019] Disponible sur : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-10-19-fr-les-echanges-electroniques-avec-le-patient.pdf>
40. Code de la santé publique - Article L6315-1. Code de la santé publique.
41. ReAGJIR. Stratégie de transformation du système de santé | #MaSante2022 [Internet]. 2018 [cité 31 janv 2019]. Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/blog/2018/09/18/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante-masante2022/>
42. Remède. Assistant médical : que sera ce nouveau métier ? [Internet][cité 31 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.remede.org/documents/assistant-medical-que-sera-ce-nouveau-metier.html>
43. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Fiche : communautés professionnelles territoriales de santé. [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf
44. Orientation.ch. Assistant médical CFC / Assistante médicale CFC [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=22>
45. DGOS. Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 31 janv 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
46. Le Point - La santé à l'ère de l'Intelligence Artificielle - Accueil [Internet]. [cité 1 févr 2019]. Disponible sur : https://www.dii.eu/xslt.aspx?elementid=12339&rubriqueid=41&typerubrique=1&fbclid=IwAR359wxZDXxiEZZjyV_5Fx7Ek56KGBtPu5BXuf603l8OTJ9GGjvPLp2UhqQ&language=fr

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon étude sur les attentes des MG concernant l'utilisation des nouvelles technologies dans l'organisation des soins primaires. Par « nouvelles technologies » je veux parler des outils multimédias tels que des plateformes sur internet, des applications, des objets connectés.

Votre témoignage nous aidera à identifier vos éventuels besoins et freins quant à l'utilisation de ces nouvelles technologies. Ce travail a pour but de permettre d'améliorer les outils en voie de développement. Cela me permettra également de soutenir ma thèse d'exercice de MG.

Les questions sont volontairement ouvertes, sentez-vous libre de dire ce que vous pensez, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Pour pouvoir analyser les entretiens, j'ai besoin de les enregistrer. Les données seront anonymes. Y voyez-vous un inconvénient ? Merci

1. Utilisation actuelle des nouvelles technologies.

- Que pensez-vous des logiciels médicaux en général ?
- Sur quels critères avez-vous choisi le vôtre ?
- Sous quelle autre forme utilisez-vous les NT dans votre pratique ?

2. Le rôle du médecin généraliste dans les soins primaires.

- Selon vous, quelles sont les missions du médecin généraliste ?
- Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans votre pratique quotidienne ?
- comment les nt pourraient-elles vous aider ?

3. Les nouvelles technologies dans l'organisation des soins.

- Comment un outil multimédia pourrait vous aider à l'organisation des soins ?

-Quelles fonctionnalités pourraient vous aider à la prévention et au dépistage des maladies ?

-Comment l'outil multimédia pourrait-il agir sur l'observance du traitement ?

4. Les nouvelles technologies et les communications

-Comment pensez-vous que les NT peuvent modifier les échanges médecins patients ?

-Selon vous, comment pourraient-elles renforcer la relation de confiance avec vos patients ?

-Selon vous, quel serait l'outil idéal pour votre pratique de mg ?

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

B. Annexe 2 : Exemple de notice d'information pour la gestion d'un cabinet médical du Guide pratique sur la protection de données personnelles. CNIL et CNOM juin 2018.

« Votre médecin, le Dr. XX, [adresse], est amené à recueillir et à conserver dans un dossier, [votre dossier patient], des informations sur votre état de santé.

Pourquoi votre médecin tient-il un dossier sur vous ?

La tenue du dossier « patient » est obligatoire. Ce dossier a pour finalité d'assurer votre suivi médical et de vous garantir la prise en charge la plus adaptée à votre état de santé. Il garantit la continuité de la prise en charge sanitaire et répond à l'exigence de délivrer des soins appropriés.

Quelle est sa durée de conservation ?

Il est conservé en principe pendant 20 ans à compter de la date de votre dernière consultation, par référence aux dispositions de l'article R. 1112-7 du code de la santé publique applicables aux établissements de santé.

[Dans le cas d'un logiciel hébergé par un prestataire] Votre dossier est hébergé sur les serveurs de XXX, qui dispose d'un agrément / d'une certification délivrée en application des dispositions de l'article L.1111-8 du code de la santé publique. Le Dr. XX, [adresse], présent chez l'hébergeur est garant de la confidentialité des données de santé. Vous pouvez vous opposer à l'externalisation de vos données soit en contactant directement votre médecin soit en contactant directement l'hébergeur de données de santé par courrier postal ou à l'adresse électronique / xxxxx@xxx.com.

Quels sont les destinataires des informations figurant dans votre dossier ?

Seuls ont accès aux informations figurant dans votre dossier votre médecin et, dans une certaine mesure, au regard de la nature des missions qu'il exerce, son personnel. Votre médecin, avec votre consentement, pourra également transmettre à d'autres professionnels de santé des informations concernant votre état de santé. Enfin, afin de

permettre la facturation des actes qu'il réalise, votre médecin est amené à télétransmettre des feuilles de soins à votre caisse de sécurité sociale.

27

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous pouvez accéder aux informations figurant dans votre dossier. Vous disposez, par ailleurs, sous certaines conditions, d'un droit de rectification, d'effacement de ces informations, ou du droit de vous opposer ou de limiter leur utilisation.

Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement à votre médecin. En cas de difficultés, vous pouvez également saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) d'une réclamation. »

Cette notice d'information doit naturellement être adaptée à votre situation particulière. Elle ne vise que la gestion des dossiers des patients. Si d'autres traitements sont mis en place (ex : recherche, utilisation d'une plateforme sécurisée de gestion des rendez-vous), vous devrez réaliser une information spécifique concernant ces traitements portant notamment sur la finalité de ces traitements, le fondement légal, la durée de conservation des données.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME :

Introduction : La place des nouvelles technologies (NT) se développe dans les cabinets de médecine générale. Le but de cette étude était d'explorer les attentes des médecins généralistes (MG) d'Ile de France (IdF) vis-à-vis des NT au sein des soins primaires.

Méthodes : Etude qualitative faite à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de MG exerçants en IdF ayant une variation maximale en termes d'âge, de sexe, de mode d'exercice, d'utilisation personnelle et professionnelle habituelle des NT. Les verbatim ont été retranscrits et une analyse thématique a été faite jusqu'à saturation des données.

Résultats : 14 entretiens ont été réalisés chez 8 femmes et 6 hommes, de 49 ans d'âge moyen. Pour les logiciels médicaux, ils voulaient une simplification, une meilleure compatibilité des outils entre eux et être formés à leur utilisation. Pour leur exercice, ils souhaitaient une aide au diagnostic, au dépistage et à la prescription, une aide vis-à-vis du suivi et de l'observance des patients atteints de maladies chroniques, un accès à des sites validés, des supports à proposer aux patients, des échanges plus faciles avec les spécialistes. Ils imaginaient un support unique centralisant les données du patient. Certains champs de leur exercice n'étaient pas impactés par les NT. Le thème de la peur était récurrent face au développement des NT.

Discussion : Les outils que les MG souhaitaient existent déjà ou sont en cours de développement sans que ces derniers ne les utilisent. Plusieurs projets portés par le gouvernement comme le dossier médical partagé et la création de nouveaux métiers de la santé vont dans le sens des MG interrogés.

MOTS-CLES :

SOINS PRIMAIRES

TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

E-SANTE

RELATION MEDECIN-PATIENT