

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2014

N° : 134

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

**Diplôme d'État
Mention Médecine Générale**

PAR

Fanny CYPRIANI
née le 16/07/1987 à Montpellier

**TÉLÉMÉDECINE EN 2014 :
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS LIBÉRAUX FRANÇAIS**

Président de thèse : Jean-Louis PASQUALI, Professeur
Directeur de thèse : Claude BRONNER, Docteur



Président de l'Université (21.06.07) M. BERETZ Alain
 Doyen de la Faculté (8.02.11-7.02.16) M. SIBILIA Jean
 Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
 Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
 (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
 (1989-1994) M. VINCENDON Guy
 (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
 (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
 Chef des Services Administratifs M. VICENTE Gilbert



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE JUNIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

Néant

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ANDRES Emmanuel	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques	NRPô CS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
BAUMERT Thomas	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil - NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option hépatologie
BEAUJEU Rémy	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie vasculaire diagnostique et interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil et Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BELLOCOQ Jean-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
BERGERAT Jean-Pierre	NRPô CS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
BERTHEL Marc (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de Gériatrie de l'Hôpital de La Robertsau - Service de soins de Longue Durée et d'Hébergement Gériatrique / Hôpital de La Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BERTSCHY Gilles	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BILBAULT Pascal	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des urgences médico-chirurgicales / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLICKLÉ Jean-Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)CS - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
Mme BOEHM-BURGER Nelly	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie-Hygiène-COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme BOURGARIT ép. DURAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01 Médecine Interne
BOURGIN Patrice	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
BOUSQUET Pascal	NRPô NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie - Laboratoire de Pharmacologie / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BURSZTEJN Claude	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04	Pédopsychiatrie
CANDOLFI Ermanno	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CANTINEAU Alain	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CAZENAVE Jean-Pierre	Dir/NCS	- Etablissement Français du Sang - Alsace / EFS	47.01	Hématologie (option biologique)
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel	NRPô CS CSp	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales/ Nouvel Hôpital Civil - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS	45.03	Option : Maladies infectieuses
CLAVERT Jean-Michel	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
CLAVERT Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne	RPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian	NRPô CS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme	NRPô NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre	NRPô CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, d'imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel	RPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick	Dir.	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
DUPEYRON Jean Pierre (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DURAND Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH et Trait d'Union - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GAY Gérard	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GENTINE André (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01	Médecine Interne
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUT Jean-Pierre (1)	S/nb	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie- virologie (biologique)
HANNEDOUCHE Thierry	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HASSELMANN Michel	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
HERBRECHT Raoul	RPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
JACQMIN Didier	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Hôpital de La Robertsau - Service de Gériatrie Médecine Interne / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEHRLI Pierre	NRPô CS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
KEMPF Jean-François	RPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de Diabète et des Maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KOENIG Michel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
KOPFERSCHMITT Jacques	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
KRETZ Jean Georges	RPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KURTZ Jean-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
LAUGEL Vincent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUDES Bertrand	RPô CS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
LUTZ Patrick	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
MANDEL Jean-Louis (cf. A1)	NRPô CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MANGIN Patrice (3)	NCS	<i>(en détachement à Lausanne / Suisse du 01.09.96 au 31.08.10)</i> - Institut (Laboratoire) de Médecine Légale et d'Analyses Toxicologiques / Faculté	46.03	Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
MARESCAUX Christian	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARESCAUX Jacques	NRPô CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
MARK Manuel	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert	NRPô NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie • Laboratoire de Pharmacologie / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MULLER André	NRPô CS	• Pôle tête et cou - CETD - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique
MUTTER Didier	NRPô NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël	RPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
NOEL Georges	NCS CDp	• Centre Régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (par convention) - Service de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
OUDET Pierre (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
PASQUALI Jean-Louis	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
PESSAUX Patrick	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry	CDp	• Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Cancérologie Clinique
PINGET Michel	RPô CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
POURQUIÉ Olivier (3) (Détachement D.R.)	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biochimie et de biologie moléculaire / HP - Institut de Génétique Biologique Moléculaire et Cellulaire	44.03	Biologie cellulaire
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	44.04	Nutrition
POTTECHER Thierry (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme QUOIX Elisabeth	RPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
Pr RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROUL Gérald	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie viscérale et urgences / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANDNER Guy	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
SAUDER Philippe	NRPô NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUSSINE Christian	NRPô CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis	RPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SIBILIA Jean	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick	RPô NCS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme STOLL-KELLER Françoise	NRPô CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (option biologique)
THAVEAU Fabien	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	RPô CS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VAUTRAVERS Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Institut Universitaire de Rééducation Clemenceau / IURC	49.05	Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie diagnostique et interventionnelle viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WIHLM Jean Marie	NRPô CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme WILK Astrid (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HUS	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée	NRPô NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2014

(2) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2015

(3) En détachement jusqu'au 31.08.2013

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2013

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2013

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2013

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2013

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Explorations fonctionnelles par les isotopes/Nouvel Hôpital Civil	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Dr ALEIL Boris		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique/ Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme la Dre ANTAL Maria Cristina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hautepierre	42.02	Cytologie et histologie (Option biologique)
Dr BARRIERE Philippe		• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme BARTH Heidi		• Pôle de Biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
BARUTHIO Joseph		• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme la Dre BEAU-FALLER Michèle		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BIANCALANA épouse BRUCK-MANN Valérie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Dr BIERRY Guillaume		• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, d'imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme BILLING-WOLF Michèle		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme la Dre BROESSEL Nathalie		• Pôle de santé publique et de santé au travail - Service de Pathologie et de Médecine du travail - HC	46.02	Médecine et Santé au Travail (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
Dr CHARLES Yann-Philippe		• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Dr COLLANGE Olivier		• Pôle de l'appareil locomoteur Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Dr DEVYS Didier		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Dre DI MARCO Paola		• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre DORAY Bérénice		• Pôle de biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (option génétique)
Dr DOUTRELEAU Stéphane		• Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologique thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme la Dre ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme la Dre FAFI-KREMER Samira		• Pôle de biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Dr FILISETTI Denis		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre FLORI Elisabeth	CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital Hautepierre	47.04	Génétique (option biologique)
Dr FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme GAUB Marie-Pierre		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr GOETZ Christian		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GOUNOT Daniel		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Dr HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (type mixte : biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Dre JACAMON-FARRUGIA Audrey		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEHL François		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option Biologique)
Mme KEMMEL Véronique		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre KORANOW Anne-Sophie	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC 	47.03	Immunologie (option clinique)
Dre KOSCINSKI Isabelle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
KREMER Stéphane		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle/HP 	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Dre LACREUSE Isabelle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre 	54.02	Chirurgie infantile
Mme LAMOUR Valérie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr LAVAUX Thomas		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr LAVIGNE Thierry		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS 	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle d'Odontologie - Service de Radiologie / Centre de soins dentaires 	42.01	Anatomie (option clinique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine 	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER- WOLF Evelyne		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie
Dr LUTZ Jean-Christophe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil 	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre 	44.03	Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Dr MOREAU François		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil 	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil 	47.04	Génétique (option biologique)
Dr PENCREAC'H Erwan		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / Nouvel Hôpital Civil 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Dr PETER Jean-Daniel		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Département d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil 	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
PFAFF Alexander		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS 	45.02	Parasitologie et mycologie
PIQUARD François		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02	Physiologie (option biologique)
POULET Patrick		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC 	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03	Immunologie (option biologique)
RIEGEL Philippe		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Dr ROGUE Patrick (cf. A2)		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROUSSEL Guy		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAMAMA Brigitte		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine 	42.02	Cytologie et Histologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Dr SAULEAU Erik-André		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC 	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SCHAEFER Adrien		<ul style="list-style-type: none"> • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre SCHAEFFER Christiane		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre 	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
SCHEFTEL Jean-Michel		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté 	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SCHMITT Fabienne		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC 	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SCHMITT Marie-Paule		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté 	45.01 Option : Bactériologie- virologie (biologique)
Dre SORDET Christelle		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre 	50.01 Rhumatologie
Dr TALHA Samy		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC 	44.02 Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim 	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr TRACQUI Antoine		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine 	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice		<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'Immunologie / HC • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03 Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil 	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine 	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac 	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Dr WALLER Jocelyn		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac 	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC 	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	37.03	Génétique (Groupe X section hors médecine)
NORMAND Guy	Institut de Chimie Biologique - Centre de Neurochimie	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme RASMUSSEN Anne	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES (mi-temps)**

Pr Ass. KOPP Michel Médecine Générale (depuis le 1.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2013)
Pr Ass. LEVEQUE Michel Médecine générale (depuis le 1.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2015)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE (mi-temps)

Dre JUNG Catherine Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2011 / 31.08.2014)
Dr GRIES Jean-Luc Médecine générale (1.09.2011 au 31.08.2014)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICES NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et de Réanimation néonatale / Hôpital de Hautepierre
Dr DESPREZ Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr FAVRE Romain	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Mme Dre FLESCHE Françoise	NRPô CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie de l'hôpital de la Robertsau - Service de Gériatrie Soins de Longue Durée - Service de Gériatrie Hébergement gériatrique / EHPAD
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie générale et spécialisée / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membres de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
KARLI Pierre (Neurophysiologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2013)*
MAITRE Michel (Biochimie et Biol. molécul.)
MEYER Christian (Chirurgie générale)
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2011 au 31 août 2014)*
JAECK Daniel (Chirurgie générale)
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne)
- o *pour trois ans (1er septembre 2012 au 31 août 2015)*
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie)
PATRIS Michel (Psychiatrie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UdS (2012-2013)

Dr DELVAUX Michel Hépato-gastro-entérologie (2011-2012)
Dre GRAS-VINCENDON Agnès Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2010-2011 / 2011-2012)
Dr LECOQ Jehan Médecine physique et de réadaptation (2011-2012)
Dr PELACCIA Thierry Anesthésie - réanimation (2010-2011 / 2011-2012)
Dr RODIER Jean-François Chirurgie Oncologique - Centre Anticancéreux P. Strauss (2009-10/2010-11/2011-12)
Dr ROHMER Jean-Georges Psychiatrie (2009-2010 / 2010-2011 / 2011-2012)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	LESSARD Michel (Hématologie biologique) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MAITROT Daniel (Neurochirurgie) / 01.09.2011
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
CANGUILHEM Bernard (Physiologie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.96
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	OTTENI Jean-Claude (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.03
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RITTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.02
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.) / 01.10.87	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
JAEGER Albert (Réanimation médicale) / 01.09.12	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEILL Jean-Pierre (Gastro-entérologie) / 01.10.93
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KIEN Truong Thaï (Parasitologie) / 01.09.03	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLES DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DEPARTEMENT DE SANTE DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG

M. Yann MARCHAND, Conservateur en chef, responsable du Département Santé (1^{er} septembre 2011)
Mme Marion BERNARD, Conservateur, responsable de la Bibliothèque de Médecine (1^{er} juillet 2011)

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Monsieur le Professeur Pasquali pour avoir accepté la présidence de cette thèse, messieurs les Professeurs Vincent et Cinqualbre pour m'avoir spontanément proposé de participer au jury, et messieurs les Professeurs Hansmann et Kaltenbach pour avoir accepté si rapidement d'en faire partie.

Je remercie du fond du cœur mon directeur de thèse, Claude Bronner, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés.

Un grand merci également à toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à mes questions pour l'élaboration de ce travail.

Mon plus profond respect à tous les praticiens que j'ai eu l'honneur de côtoyer durant ces neuf années d'apprentissage et qui m'ont transmis leur amour de la Médecine.

Je dédicace cette thèse à ma mère, sans qui je ne me serais peut-être pas lancée dans cette belle voie qu'est la Médecine et qui aurait sans doute été fière de sa fille à l'heure qu'il est. À toute ma famille, mon père pour les relectures, mon frère pour les cours d'informatique à distance, ma sœur pour ses rires... sans oublier les quatre Rivolivettes et ma belle belle-famille.

À tous mes amis, strasbourgeois, bisontins et d'ailleurs pour leur présence à mes côtés et leur soutien tout au long de mes études.

Et bien sûr, à Pierre-Edouard pour sa patience et son humour légendaires.

Table des matières

I. Introduction.....	18
1. Définitions.....	20
2. Historique.....	23
3. Objectifs de la télémédecine.....	26
4. Freins au développement de la télémédecine et leviers.....	29
5. Projet gouvernemental.....	33
6. Le premier acte de télémédecine coté.....	35
7. Présentation des différents dispositifs	37
II. Matériel et méthode.....	47
1. Présentation de l'étude.....	47
2. Élaboration du questionnaire.....	47
3. Présentation de l'échantillon.....	48
4. Présentation du questionnaire.....	49
III. Résultats.....	53
1. Diagramme de flux.....	53
2. Cinétique des réponses.....	56
3. Profil de la population étudiée.....	59
4. Expérience de la télémédecine.....	67
5. Analyse quantitative.....	72
6. Comment l'expérience influe-t-elle sur les réponses ?.....	74
7. Résultats en Alsace.....	88
8. Analyse qualitative : Analyse lexicale et thématique.....	89
9. Analyse qualitative : Analyse linguistique.....	110

IV. Discussion.....	118
1. Discussion sur l'analyse globale.....	118
2. Discussion sur le questionnaire.....	123
3. Discussion sur l'échantillon.....	125
4. Discussion sur la répartition géographique.....	127
5. Discussion sur l'analyse des réponses des médecins avec expérience.....	129
V. Conclusion.....	134
VI. Bibliographie.....	138

Index des illustrations

Illustration 1 : Applications smartphone.....	37
Illustration 2 : Domoplaies.....	40
Illustration 3: Dispositif HOPI.....	43
Illustration 4: Cabine de télémédecine.....	45
Illustration 5: Extrait du questionnaire : Caractéristiques du sujet et expérience générale	50
Illustration 6: Extrait du questionnaire : Questions relatives à chaque type de dispositifs présentés.....	51
Illustration 7: Diagramme de flux.....	53
Illustration 8: Cinétique des réponses.....	56
Illustration 9: Nombre de réponses en fonction des heures.....	57
Illustration 10: Utilisation potentielle des dispositifs présentés.....	73
Illustration 11: Seriez-vous prêt à utiliser un tel dispositif ? Comparaison population avec ou sans expérience.....	78
Illustration 12: Résultats en Alsace : Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ?.....	89
Illustration 13: Nombre et types de commentaires.....	90

Index des tableaux

Tableau 1: Répartition de l'échantillon.....	59
Tableau 2: Proportion de chaque spécialité.....	64
Tableau 3: Nombre et taux d'adresses présentes dans le fichier de coordonnées et de réponses au questionnaire envoyé, en fonction de la démographie médicale dans chaque région.....	65
Tableau 4: Évaluation quantitative de l'expérience.....	67
Tableau 5: Réponses aux questions fermées de l'ensemble de l'échantillon.....	72
Tableau 6: Opinion sur la télémédecine en fonction de l'expérience.....	76
Tableau 7: Volonté d'utiliser les applications smartphone dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des médecins les ayant déjà testées.....	79
Tableau 8: Commentaires des médecins ayant déjà testé les applications smartphone.....	81
Tableau 9: Volonté d'utiliser les dispositifs de télésurveillance dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des médecins les ayant déjà testées.....	82
Tableau 10: Commentaires des médecins ayant déjà testé les dispositifs de télésurveillance.....	84
Tableau 11: Volonté d'utiliser les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des médecins les ayant déjà testées.....	85
Tableau 12: Commentaires des médecins ayant déjà testé les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise.....	86
Tableau 13: Volonté d'utiliser les cabines de télémédecine dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des médecins les ayant déjà testées.....	87
Tableau 14: Commentaires des médecins ayant déjà testé les cabines de télémédecine....	87
Tableau 15: Champ lexical négatif.....	106

Index des documents annexés

Annexe 1 : Questionnaire.....	148
Annexe 2 : Mail accompagnant le questionnaire.....	152
Annexe 3 : Tableau des réponses aux questions fermées.....	153
Annexe 4 : Grille de commentaires libres encodés.....	155

I. Introduction

Ce travail s'inscrit dans l'actualité, quelques mois après la parution de la nouvelle loi de financement de la sécurité sociale¹ permettant le développement de projets de télémédecine, et notamment en médecine ambulatoire. Il fait suite à un travail de mémoire pour le Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale, dans lequel nous nous étions intéressés à l'opinion des médecins libéraux alsaciens sur la pratique de la télémédecine, et plus particulièrement sur la téléconsultation et la téléexpertise. Pour ce faire nous avons présenté le matériel HOPI. Il s'agit d'un chariot de téléconsultation pouvant être utilisé également pour des téléexpertises, actuellement à l'essai en Alsace. Puis nous avons recueilli l'avis des médecins sur ce dispositif, les avantages et les inconvénients qu'ils y trouvaient. Il était ressorti de ce travail une certaine réticence de la part des médecins, notamment du fait du manque de crédibilité et de concret de ce dispositif, considéré comme à l'origine d'une perte de temps pour une rémunération incertaine. Les problèmes liés à l'examen clinique incomplet et à l'aspect médico-légal étaient également évoqués. Ces résultats concordaient avec les données de la littérature.

Les réticences liées aux problèmes médico-légaux étaient déjà relevées en 1999 dans un rapport rédigé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins : « Au-delà des réticences vis-à-vis

d'une technique informatique avec laquelle [les médecins] sont peu familiarisés, la crainte du flou juridique qui encadre la téléexpertise est à l'origine de bien des hésitations »². Pourtant en quinze ans la situation n'a guère évolué sur ce point.

Par ailleurs, des travaux universitaires récents recensent l'opinion des médecins généralistes interrogés sur la télémédecine dans quelques régions de France, notamment le Languedoc-Roussillon, les Alpes Maritimes et l'Alsace, à la suite du décret d'octobre 2010 relatif à la télémédecine, autorisant la pratique de celle-ci³. Il en ressort une grande méfiance vis-à-vis des nouvelles technologies. Les inconvénients relevés concernent principalement l'examen clinique avec un risque accru d'erreurs, la difficulté à poser un diagnostic, une relation médecin-malade altérée, le risque de pratiques déviantes. Ils concèdent des avantages, en particulier une meilleure prise en charge dans les zones à faible démographie médicale et le suivi à distance des patients fragiles, ainsi que la perspective d'une reconnaissance financière d'une pratique déjà existante.^{4 5}

6

Nous avons déduit de ce travail de mémoire que le projet de téléconsultation en Alsace était trop ambitieux, ou prématuré, et que la mauvaise opinion du dispositif pouvait être due à ce qu'il impliquait un changement trop radical dans les pratiques. Bien que les projets de téléconsultation et de téléexpertise constituaient les trois quarts des projets de télémédecine en 2012⁷, nous avons supposé que la télémédecine allait se développer de façon plus douce, avec

tout d'abord mise en place de petits outils facilitant le travail du médecin au quotidien, favorisant une meilleure acceptation des nouvelles technologies de l'information et de la télécommunication. L'accumulation de petits changements pourrait alors aboutir à de plus grandes modifications dans les pratiques médicales.

Dans ce contexte, nous avons cherché à connaître les pratiques des médecins libéraux en matière de télémédecine et leur opinion sur celle-ci dans ses diverses applications en ambulatoire, en présentant des dispositifs déjà en place dans certaines régions, allant de la simple application pour smartphone jusqu'aux cabines de télémédecine.

1. Définitions

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

Elle a ensuite été évoquée dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie comme permettant « entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de

déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical »⁸

Elle n'a été définie précisément et légalement que très récemment, par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de juillet 2009, comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication »⁹. Elle précise qu'elle « met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ». Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer le suivi d'un patient, de requérir un avis spécialisé, et/ou de réaliser des prescriptions.

On distingue quatre types d'usage, mentionnés dans la même loi HPST :

a) La téléconsultation

Il s'agit d'une consultation entre un médecin et un patient situé à distance. Ce patient peut être accompagné d'une tierce personne, de son entourage ou d'un professionnel de santé, médical ou paramédical. Cette tierce personne permet d'aider à la téléconsultation, en assistant le médecin à distance. Par exemple pour placer correctement les instruments de l'examen clinique, comme le

stéthoscope ou l'otoscope, et également pour manipuler le matériel informatique du chariot présent auprès du patient.

b) La téléexpertise

Elle a pour but de permettre à un médecin de requérir un avis spécialisé auprès de l'un de ses confrères, situé à distance, au sujet d'un cas de patient complexe.

c) La télésurveillance médicale

Elle permet de suivre et d'interpréter des mesures effectuées à distance, enregistrées et transmises soit automatiquement, soit par le patient ou par un professionnel de santé, qu'il soit médical ou paramédical. Elle peut donner lieu à des décisions concernant la prise en charge du patient.

d) La téléassistance médicale

Elle a pour objectif d'assister un autre professionnel de santé pour la réalisation d'un acte à distance, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique.

e) La réponse médicale

Elle est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

2. Historique

La télémédecine est officiellement reconnue par la loi depuis cinq ans seulement, mais elle existe depuis plus d'un siècle (voire plus si l'on considère les échanges épistolaires anglais du XVIIIème siècle ¹⁰ comme les premières formes de télémédecine).

Le premier acte de télémédecine remonte à 1905, lorsque Willem Einthoven, prix Nobel de médecine, transmet le premier électrocardiogramme par voie téléphonique, à une distance de 1,5 km ¹¹.

Par ailleurs, l'invention de la radio en 1895 par Guglielmo Marconi permet la création d'un service de télémédecine appliqué tout d'abord aux marins, qui, lors de leurs voyages en mer, peuvent se trouver à plusieurs jours voire semaines de tout accès à un avis médical. Le premier service de téléassistance médicale aux bateaux voit le jour en 1920 à New-York. En 1935 est créée la première radio d'assistance médicale internationale, par le professeur Guido Guida, basé à Rome : il Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) ¹². Ce centre fournit gratuitement

par radio l'assistance médicale 24 heures sur 24, s'adressant aux marins de toute nationalité, naviguant dans toutes les mers du monde. Il a ensuite offert ses services aux populations isolées des îles italiennes. L'équivalent français est le CCMM (Centre de Consultations Médicales Maritimes) et la TMAS (Tele Medical Assistance Service) aux États-Unis.¹³

La première utilisation de la communication vidéo interactive en santé s'est produite à la fin des années 50 par l'institut psychiatrique du Nebraska (USA) qui, via un système de télévision interactive à deux voies, opéra une téléconsultation en psychiatrie avec l'hôpital de Norfolk, 112 miles plus loin. Ce sont ensuite les projets de la NASA (USA) qui ont permis le développement de ces outils de télécommunication lors du contrôle médical et des soins médicaux des astronautes dans l'espace.¹⁴

Peu à peu, avec l'apparition des nouvelles technologies, notamment l'Internet et plus récemment les connexions à haut débit, l'offre de télémédecine s'est étoffée. Le Canada et les États-Unis en sont les précurseurs^{15, 16}. Aux États-Unis, dès 1993 dix programmes de télémédecine utilisaient la technologie de la vidéoconférence interactive.

Sur le territoire français, la Guyane est l'une des pionnières en matière de télémédecine, du fait de sa situation géographique et de la sous-population médicale. Elle développe cette pratique depuis 2001, avec un succès grandissant ¹⁷. Les domaines concernés sont principalement la télécardiologie, la télédialyse et la téléradiologie. Deux études montrent l'efficacité de ce dispositif en Guyane ^{18, 19}.

Actuellement, la télémédecine se développe principalement en milieu hospitalier ²⁰ (57 à 85% des projets de télémédecine concernent le milieu hospitalier) ²¹, avec de nombreux projets ayant vu le jour récemment. Ils concernent surtout certains secteurs bien particuliers de téléexpertise, comme la radiologie et la prise en charge des AVC, à l'image de la Bourgogne qui a lancé un programme de « téléAVC ». Ce programme apporte une expertise aux urgentistes et aux radiologues pour le diagnostic et le traitement des accidents vasculaires cérébraux grâce au partage d'informations, imagerie, synthèse clinique, voire à la téléconsultation, et permet d'éviter des transferts inappropriés de patients, de mettre en place les bonnes pratiques de fibrinolyse par la délégation de la fibrinolyse aux urgentistes avec téléassistance par les experts des Unités Neuro-Vasculaires (UNV) ²². Il en est de même dans plusieurs autres régions, avec toujours les mêmes conclusions sur le bénéfice important apporté aux patients.

Des actes de téléconsultation concernant des patients se trouvant dans des structures extra-hospitalières commencent maintenant à se développer. La Haute-Normandie par exemple

développe cette pratique : l'ARS (Agence Régionale de Santé) y coordonne un vaste projet de télémédecine et a mis en place des téléconsultations de psychiatrie, gériatrie et dermatologie, mais les acteurs médicaux sont là encore des hospitaliers. Les arguments mis en avant sont l'amélioration de l'accès aux soins, le manque de médecins, le gain de temps et le souci d'éviter aux personnes âgées et fragiles des déplacements. Les points faibles sont la « fracture numérique » (difficulté d'accès à l'internet à haut débit dans certaines zones géographiques) et la « frilosité » des médecins à un changement des pratiques²³.

3. Objectifs de la télémédecine

Selon la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), la télémédecine doit permettre d'améliorer la performance de notre système de santé. Elle est considérée comme une réponse organisationnelle et technique aux problèmes actuels, du fait des données épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de polypathologies), démographiques (inégaie répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire).²⁴

Pour répondre à ces enjeux, la DGOS a défini trois objectifs auxquels doit répondre la télémédecine :

- Améliorer l'accès pour tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé, mais aussi pour les patients handicapés peu mobiles ;
- Améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux ;
- Améliorer le parcours de soins des patients.

L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) ajoute à ces objectifs l'optimisation de l'utilisation du temps des ressources médicales rares (experts ou spécialistes).²⁵

L'ARS d'Alsace les complète par trois autres objectifs :

- Une meilleure articulation du premier et du second recours pour notamment offrir une meilleure lisibilité et visibilité du parcours de santé : le rendre plus adapté aux patients (par exemple pour la prise en charge des maladies chroniques) en optimisant le parcours de soins gradués, leur suivi et le recours aux expertises ;
- Favoriser un recours maîtrisé au système de soins en diminuant la fréquentation des urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports ;

- Prendre en compte les besoins et attentes du patient, en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques.²⁶

L'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur a inscrit un objectif supplémentaire dans son Plan Stratégique Régional de Santé (PRPS) : améliorer en toute sécurité le partage de l'information entre professionnels de santé.²⁷

Chaque ARS doit élaborer un Programme Régional de Télémedecine. Les bénéfices attendus par la DGOS, publiés dans son « Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine », sont au profit des trois acteurs du système de santé : les patients, les professionnels de santé, et les pouvoirs publics.

Pour le patient les bénéfices attendus consistent en une prise en charge adaptée, une réduction des délais de prise en charge, une diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations, et un maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales. Au final, c'est l'amélioration de la qualité de vie qui est visée.

Pour les professionnels de santé, les bénéfices attendus sont d'ordre organisationnel, à savoir une meilleure coordination entre premier et second recours, ainsi que la fin de l'isolement des professionnels exerçant en zones sous denses.

Enfin, pour les pouvoirs publics, les bénéfices attendus consistent en l'optimisation de

l'organisation des soins pour les ARS, le maintien de présence des dispositifs sanitaires de qualité dans les zones sous denses, et la prévention de complication pour les patients atteints de maladies chroniques.

Les évaluations continues des projets en cours ont pour but de vérifier si ces objectifs attendus sont effectivement atteints ou non.

4. Freins au développement de la télémédecine et leviers

L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de santé et médico-sociaux), a relevé six freins au développement de la télémédecine. ²⁸

Tout d'abord la difficulté à mettre en place une gouvernance, un pilotage adapté et pérenne de projets complexes, souvent multi-acteurs, reposant sur des organisations et des technologies nouvelles.

Pour limiter ce frein, l'ANAP propose qu'une gouvernance solide et déterminée soit mise en place pour tout projet de télémédecine, qu'elle reste présente tout au long du projet, et soit en mesure de convaincre et de décider. Le pilotage doit être mené par une équipe mixte, associant des médecins portant un projet médical fort, un coordonnateur en charge de l'organisation et de

l'évaluation, et des techniciens apportant les solutions techniques.

La résistance au changement constitue un deuxième frein. En effet la télémédecine modifie en profondeur les organisations médicales habituelles de prise en charge des patients, et la manière de réaliser les actes médicaux. Ainsi, les médecins qui ont reçu depuis plusieurs générations la tradition d'une médecine clinique réputée, au contact direct avec le malade, ont des difficultés à envisager la médecine à distance avec l'aide des technologies numériques. Cela constitue un véritable choc culturel. Certains professionnels peuvent aussi ne pas souhaiter modifier leurs habitudes de travail, voire ne pas envisager une modification de leurs responsabilités.

Un accompagnement au changement, une communication menée tout au long de la mise en place du projet, des formations et informations sont les leviers proposés par l'ANAP pour convaincre de l'intérêt de ces nouvelles organisations de soins. La mise en place de coopérations, de transferts de compétences, de conventions, de contractualisations, de protocoles et conduites à tenir sont autant d'éléments indispensables à une bonne organisation et à l'acceptation par chacun de son rôle et de ses responsabilités.

Le troisième frein est d'ordre financier. Les difficultés à financer les projets, que ce soit en termes d'investissement (matériel, gestion de projet), ou en termes de fonctionnement pérenne des organisations mises en place.

Le quatrième frein est constitué par la technique. La mise en place de services techniques de qualité suffisante pour l'exercice de la télémédecine est indispensable mais encore difficile. Certains projets sont abandonnés du fait de l'insuffisance des conditions techniques disponibles (absence d'offre industrielle fonctionnellement et économiquement adaptée).

La nécessité d'évaluation des dispositifs mis en place fait l'objet d'un cinquième frein, puisque ces évaluations sont complexes, coûteuses, longues, présentent des difficultés méthodologiques et demandent des outils spécifiques parfois difficilement accessibles.

Le sixième et dernier frein relevé par l'ANAP est la difficulté à « vivre ensemble », entre différentes professions non habitués à collaborer : professionnels de santé, industriels et scientifiques.

Une étude plus récente réalisée par Pauline Freiermuth, directrice de l'entreprise Santinelle et parue en Novembre 2013 dans Les Echos-études, vient confirmer ces constatations en mettant en évidence grosso modo les mêmes freins :

- le décloisonnement des secteurs sanitaire/médicosocial et ambulatoire/hospitalier ;
- les différentes formes de résistance au changement, tant du côté des professionnels de la santé que des patients, caractérisée par la lente appropriation des outils par les professionnels, l'inertie des médecins face au changement, les freins culturels chez les personnes âgées et leurs proches ;

- le manque d'infrastructures technologiques marquée par une interopérabilité et une reproductibilité des projets limités.

En dernier lieu, le manque de pérennité des financements constitue un frein non négligeable.²⁹

D'autres freins ont été relevés dans d'autres travaux.

Selon une étude réalisée en septembre 2012 par la Fondation de l'Avenir auprès du grand public, les principaux freins à la télémédecine et en particulier la téléconsultation et la télésurveillance étaient la préférence des patients pour le contact direct avec un médecin, le sentiment de déshumanisation de la médecine, la crainte d'une consultation de moins bonne qualité, la crainte d'un mauvais diagnostic, ainsi que la peur d'une défaillance technique. En revanche, les principaux leviers repérés étaient la possibilité pour le malade de rester chez lui, le gain de temps, une intervention rapide en cas d'urgence et un suivi en temps réel.³⁰

Les travaux universitaires cités plus haut évaluant l'opinion des médecins sur la télémédecine relevaient en outre un risque accru d'erreurs, la difficulté à poser un diagnostic, le risque de pratiques déviantes, et mettaient tout particulièrement l'accent sur une altération de la relation médecin-malade qui ne ressortait pas dans l'étude de l'ANAP.

Ces données étaient confirmées dans notre étude préliminaire menée en Alsace auprès des médecins libéraux début 2014.

5. Projet gouvernemental

Plusieurs travaux suggèrent que la télémédecine pourrait être une solution pour pallier la désertification médicale et pourrait être économiquement avantageuse ^{31, 32}. De surcroît, elle est « considérée dans la plupart des pays étudiés comme une valeur ajoutée en matière de qualité et de sécurité dans l'organisation des soins, notamment lorsqu'elle favorise les soins au domicile des patients » ³³

Actuellement, le déploiement de la télémédecine constitue l'un des engagements du Pacte territoire-santé et l'un des chantiers de la Stratégie nationale de santé. Cette pratique médicale à distance est vue comme « un vecteur d'amélioration de l'accès aux soins des patients, en particulier dans les zones fragiles, et de réduction de l'isolement des professionnels de santé », mais également comme un facteur d'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie ³⁴.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2014 permet des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes définies par arrêté ministériel ³⁵. Les projets seront mis en œuvre dès le courant de l'année 2014 par les ARS dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les

établissements sociaux et médico-sociaux volontaires. La loi permet de déroger aux règles de facturation habituelles mentionnées dans le Code de la Sécurité Sociale ³⁶ et dans le Code de l'Action Sociale et des Familles ³⁷ et laisse aux ARS le soin de trouver des formules de financement des médecins engagés dans ces expérimentations. Ainsi, les régions sélectionnées pourront expérimenter des tarifs préfigurateurs et incitatifs pour la réalisation d'actes de télémédecine. Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fond prévu à l'article L. 1435-8 du Code de la Santé Publique ³⁸.

La DGOS a lancé un appel à candidature destiné aux ARS s'engageant dans des projets-pilotes de déploiement de la télémédecine en ambulatoire ³⁹. En effet, jusqu'à présent la télémédecine est confinée aux structures hospitalières, et les médecins libéraux restent majoritairement à l'écart de cette évolution. Le déploiement de la télémédecine ambulatoire vise les patients pris en charge à domicile, en cabinet médical de ville, dans des établissements médico-sociaux ou des prisons. Ces derniers représentent un enjeu important dans notre société où le milieu carcéral souffre d'une carence médicale criante ⁴⁰. La santé des personnes détenues a justement été identifiée par le ministère de la santé comme « l'un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine » ⁴¹. La télémédecine est vue par les Ministères de la Santé et le Ministère de la Justice et des Droits comme un facteur d'amélioration de la santé des personnes détenues en permettant une diminution des pertes de

chance grâce à un accès aux différentes spécialités de médecine, dont certaines sont particulièrement difficiles à faire intervenir au sein des établissements pénitentiaires. Elle permettrait également une meilleure continuité de prise en charge, concentrant la démarche en un seul lieu, facilitant le cas échéant la mise en commun des données. Enfin, elle contribuerait à des économies substantielles tant en termes de temps de travail médical, paramédical et technique que de gestion des organisations : temps des extractions ou temps de déplacement des médecins, délai d'organisation.⁴² Les extractions constituent un temps de fragilité dans le système pénitencier, avec un risque d'évasion réel. De plus, le recrutement de médecins intervenant en milieu carcéral est de plus en plus difficile, du fait d'une baisse de l'effectif médical et des conditions d'exercice difficiles.

Les neuf régions ayant été sélectionnées par la DGOS pour mener les projets-pilotes sont l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, la région Centre, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, le Pays-de-la-Loire et la Picardie⁴³.

6. Le premier acte de télémedecine coté

Le premier acte de télémedecine reconnu officiellement est la rétino-graphie réalisée par un orthoptiste et lue à distance par un ophtalmologue.

Sa cotation a été ajoutée très récemment à la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). La décision a été prise le 17 décembre 2013 par l'Uncam (Union nationale des caisses d'assurance maladie), publiée au Journal Officiel du 8 février 2014 et est entrée en vigueur le 10 mars 2014. L'acte s'intitule « Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient », et est codé « BGQP140 »⁴⁴. Les médecins peuvent désormais prescrire à leurs patients diabétiques la réalisation d'une rétinographie par un orthoptiste pratiquant cet acte, avec lecture différée par un ophtalmologue. La décision de l'Uncam permet le remboursement par l'Assurance Maladie de cette modalité du dépistage de la rétinopathie diabétique, en coopération entre médecins et orthoptistes. Il s'agit du premier acte de télémédecine remboursé.

Cette décision fait suite à un rapport publié par l'HAS en 2007⁴⁵ et les recommandations publiées également par l'HAS en décembre 2010⁴⁶, concluant à une amélioration importante du service attendu par rapport à la rétinographie avec photographie et interprétation en présence du patient. Les bénéfices sont liés au fait qu'elle est plus accessible et acceptable pour le patient (du fait notamment de l'absence de mydriatique) et plus acceptable également pour l'ophtalmologiste en optimisant son temps de travail grâce à la délégation de la prise de photos.

De ce nouvel acte inscrit à la CCAM découlent deux nouveaux actes inscrits à la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) pour les orthoptistes : il s'agit du dépistage de

la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur, avec transmission des clichés au médecin lecteur soit avec une télétransmission, soit avec une transmission par autre moyen. Quel que soit le moyen choisi, le délai maximum de télétransmission des clichés au médecin lecteur est de 48 heures.

7. Présentation des différents dispositifs

a) Applications smartphone



*Illustration 1 :
Applications
smartphone*

Les applications smartphone fleurissent dans le champ de la télémédecine. Plusieurs dispositifs sont disponibles actuellement, dont celle de la start-up française Withings[®] 47. Elle propose un bracelet connecté, permettant de calculer l'activité physique (le nombre de pas ou la distance

parcourue) et le nombre de calories dépensées. On peut également y intégrer des mesures comme le poids (éventuellement à l'aide d'une balance connectée par Bluetooth), la tension artérielle (éventuellement à l'aide d'un tensiomètre connecté) et l'alimentation. Ces données peuvent être transmises au médecin pour une surveillance continue ou systématique, ou elles peuvent être transmises sur décision du patient en cas d'inquiétude ou de questionnement concernant l'attitude thérapeutique à adopter lorsque la tension artérielle n'est pas dans les objectifs.

Dans le même esprit, Fitbit® propose également un bracelet connecté ayant à peu près les mêmes fonctionnalités.⁴⁸

Une autre application, disponible gratuitement sur Internet (Cron-o-meter.com)⁴⁹, permet de rentrer des données manuellement (tension, fréquence cardiaque, poids, alimentation, mais aussi glycémie, diurèse, etc.) et de réaliser des graphiques à partir de celles-ci. Elle est donc accessible à tous les patients, quelle que soit leur situation financière. Il existe une version payante qui apporte quelques graphiques supplémentaires mais non indispensables pour la réalisation d'un suivi quotidien.

Ce genre d'outil pourrait entrer dans la catégorie de la télésurveillance, mais son utilisation va au-delà de cette notion. Il permet une prise en main par le patient lui-même, qui devient acteur de sa santé. Ainsi, cet outil constitue plutôt ce que l'on pourrait appeler de la "télé-éducation".

C'est un outil d'éducation thérapeutique, et une motivation pour les patients à adopter des règles hygiéno-diététiques de façon plus ludique.

Le concept de télé-éducation n'a pas été défini en tant que tel, mais il existe actuellement des programmes d'éducation thérapeutique par internet qui ont montré une efficacité chez les personnes utilisant régulièrement ces services. On peut citer en particulier le programme Sophia pour le suivi des patients diabétiques ou asthmatiques ⁵⁰. Ce programme met à disposition des patients des fiches d'information sur la maladie, des conseils hygiéno-diététiques, distribués par mail ou disponibles sur la plate-forme internet. Il permet également le suivi téléphonique par des infirmiers qui peuvent donner des conseils ou répondre aux questions du patient. Cet accompagnement se veut complémentaire de la prise en charge du médecin traitant, mais il a pour inconvénient de dissocier le traitement, géré par le médecin traitant, et l'éducation thérapeutique, délivrée par une institution extérieure.

b) Exemples de télésurveillance

Des dispositifs de télésurveillance et de téléexpertise commencent à apparaître dans quelques régions pour le suivi des plaies chroniques, de l'insuffisance cardiaque, le monitoring à distance de la tension artérielle, ou le dépistage de la fibrillation atriale.

Domoplaies est un dispositif de prise en charge des plaies chroniques, mis en place en Basse-Normandie et dans le Languedoc-Roussillon. Il permet d'accéder à un réseau d'experts proposant une prise en charge globale (bilan étiologique, conseils thérapeutiques, suivi de l'évolution). Le médecin traitant ou l'infirmier contacte le réseau pour un avis, un conseil, ou un suivi global. Une tablette est alors livrée, accompagnée d'un micro, permettant de réaliser sur rendez-vous une téléconsultation par visioconférence avec un expert (il s'agit d'un médecin ou d'une Infirmière Diplômée d'État, intra-hospitalier, ayant suivi des formations spécifiques). La carte CPS du médecin traitant et la carte vitale du patient y sont insérées, et la consultation peut commencer. La caméra peut être facilement approchée des plaies pour zoomer et aider l'expert à appréhender la plaie. Ce réseau permet à des patients peu mobiles d'accéder à un avis d'expert.⁵¹



Illustration 2 : Domoplaies

Par ailleurs, le Dr Dary, dans la Vienne, propose un système de télésurveillance des patients atteints d'insuffisance cardiaque et/ou d'hypertension artérielle, dans le but d'améliorer leur traitement tout en diminuant le nombre ou la durée d'hospitalisation. Les données suivies sont le

poids, la tension et l'électrocardiogramme. Ces mesures, effectuées par le patient, sont automatisées. La balance, le tensiomètre et l'ECG sont connectés par Bluetooth et les informations envoyées directement sur un serveur sécurisé, consultable par le médecin ⁵². Les études préliminaires réalisées par le Dr Dary sont encourageantes et montrent notamment que le maintien à domicile est possible dans la plupart des cas de décompensation cardiaque ^{53, 54}.

Un autre système de télésurveillance en cardiologie est en place depuis 2010 en Lorraine, repris dans d'autres régions comme l'Auvergne. Il s'agit du réseau ICALOR en Lorraine ⁵⁵ et Cardiauvergne en Auvergne ⁵⁶. Ce système utilise le DMP (Dossier Médical Personnel) comme outil de base. Les patients entrent dans le réseau à l'occasion d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque ou sont inclus directement par les médecins libéraux (médecin traitant ou cardiologue). Une infirmière est alors chargée de réaliser un suivi rapproché, en relevant des données cliniques (poids, tension, fréquence cardiaque, œdèmes des membres inférieurs, dyspnée) et biologiques (ionogramme, hémoglobine, créatinine, BNP, INR, digoxinémie). Le rythme de passage de l'infirmière est protocolisé et adapté à l'état clinique du patient. Ces informations sont entrées dans les smartphones dont elles disposent, et des alertes sont générées automatiquement lorsque les critères de décompensation sont présents (par exemple prise excessive de poids). L'alerte est alors vérifiée par une IDE (Infirmière Diplômée d'État) du réseau, puis, s'il y a lieu, elle avertit le médecin ou l'infirmière à proximité du patient

pour adopter l'attitude thérapeutique adéquate. Avec ce système, les objectifs de diminution de l'hospitalisation et du coût engendré par cette maladie ont été atteints ^{57, 58}.

Dans le même registre, un système de télésurveillance du syndrome d'apnée du sommeil est à l'étude à Montpellier ⁵⁹. Ce dispositif est constitué d'un oxymètre, d'un accéléromètre et d'un tensiomètre connectés par Bluetooth. Des alertes sont générées automatiquement en cas de problème détecté par les mesures. Le but est d'améliorer la prise en charge de cette maladie tout en réduisant les coûts liés à des hospitalisations évitables.

c) Exemple de téléconsultation/téléexpertise

La téléconsultation est une pratique devenue quasi-courante outre-atlantique, surtout dans les situations de patients isolés d'Alaska. Elle commence à se développer en France. Plusieurs dispositifs existent, en voici un exemple.



Illustration 3: Dispositif HOPI

Le dispositif HOPI ⁶⁰ est actuellement à l'essai en Alsace où il a remporté le marché public lancé en 2012 par Alsace e-santé, un groupement de coopération sanitaire (GCS) pilotant la maîtrise d'ouvrage opérationnelle alsacienne dans le domaine de l' « e-santé » ⁶¹. Il permet de réaliser une consultation à distance, ou de requérir un avis auprès d'un spécialiste à propos d'un patient. Il est composé d'un chariot présent auprès du patient (ce peut être dans un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), dans une prison, dans un cabinet d'infirmière, etc) et, côté médecin, d'un simple ordinateur avec caméra, haut-parleur et microphone ou casque. Les médecins utilisant ce matériel sont inscrits sur un annuaire numérique et peuvent, pendant ou en dehors des téléconsultations, communiquer par appel vocal ou visiophonie, prendre rendez-vous, s'échanger des données. Le chariot est doté d'une caméra possédant un zoom puissant et télécommandable par le praticien à distance. Ce dernier

peut prendre des clichés et les conserver dans le dossier-patient informatisé. Pour l'examen clinique, il dispose d'un stéthoscope, d'un otoscope et d'un dermatoscope, qui peuvent être manipulés par une tierce personne (infirmier, aide-soignant, secouriste, entourage familial...), guidée par le praticien à l'aide de la caméra d'ambiance. Un échographe, un ECG, des dispositifs ophtalmologiques et des appareils de mesure respiratoire peuvent également faire partie du chariot, selon les compétences du médecin.

En Alsace, depuis que ce dispositif a été mis en place dans une quinzaine de sites, plus de 300 actes de téléconsultation ou de téléexpertise ont été réalisés ⁶². Les télé-actes étaient pour la plupart réalisés entre une structure médicosociale et un établissement public hospitalier (Colmar, Rouffach, Bischwiller), mais un site s'articule également au niveau libéral : il s'agit du site de Gerstheim qui permet de mettre en relation des patients de l'EHPAD et des médecins généralistes et spécialistes alentours. La maison d'arrêt de Ensisheim dans le Haut-Rhin est l'une des premières en France à être équipée d'un chariot de téléconsultation permettant aux détenus de bénéficier de consultations spécialisées auprès de médecins de l'hôpital de Colmar sans avoir besoin d'être déplacés ⁶³.

d) Cabines de télémédecine



Illustration 4: Cabine de télémédecine

La première « cabine de télémédecine » a été mise en place par la société H4D dans la maison de retraite de Cluny en Bourgogne ⁶⁴. Celle-ci ne permet pas une téléconsultation avec un médecin, mais prend des mesures de tension, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, température. Ces données peuvent être envoyées au médecin traitant ou au médecin de garde, afin d'adopter une prise en charge appropriée sans avoir à se déplacer systématiquement.

Cette cabine est conçue pour permettre également des téléconsultations, avec visioconférence, fibre optique pour examen ORL et cutané, stéthoscope à distance et électrocardiogramme,

maniabiles facilement par le patient lui-même ou par un tiers ⁶⁵. D'après Sydney Sebban, médecin en charge de l'évaluation des programmes de santé à H4D, plusieurs commandes ont déjà été passées pour installer cette cabine de téléconsultation sur des plate-formes pétrolières, dans l'arrière-pays varois dans le but d'assurer une permanence de soins, ainsi que dans le Loir-et-Cher dans l'enceinte d'une maison de retraite. Ces projets sont en cours de réalisation et verront le jour en 2015.

II. Matériel et méthode

1. Présentation de l'étude

Il s'agissait d'une étude à but descriptif, transversale, avec une analyse quantitative et une composante qualitative. Elle prenait la forme d'un questionnaire diffusé aux médecins libéraux de France, qu'ils soient médecins généralistes ou spécialistes.

Le but de ce questionnaire était d'évaluer la pratique et l'opinion des médecins libéraux sur la télémédecine dans ses différentes applications en médecine ambulatoire, et leur degré de motivation pour utiliser dans leur pratique quotidienne les dispositifs présentés ou similaires.

2. Élaboration du questionnaire

Nous avons tout d'abord réalisé une revue de la littérature et des sites internet pour connaître les différentes pratiques actuelles en matière de télémédecine, dans les différents champs d'action de celle-ci : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance et réponse médicale.

Nous avons sélectionné quelques dispositifs représentatifs dans chaque catégorie, hormis les deux dernières citées (téléassistance et réponse médicale) car les applications existantes

n'entraient pas directement dans le champ de la médecine ambulatoire. Nous avons ensuite décrit ces dispositifs et les avons soumis à l'avis des médecins, par le biais d'un questionnaire diffusé par courrier électronique le 1er juillet à minuit.

Le questionnaire a été mis en page puis mis en ligne sur le site internet de l'APIMA par M. Trabelsi, informaticien à l'Espace Généraliste de Strasbourg.

Les courriers électroniques contenaient le lien du questionnaire accompagné d'un texte explicatif décrivant la démarche et le but de la recherche. Ils ont été envoyés depuis ma boîte mail sans que je puisse avoir accès aux coordonnées des destinataires. En revanche, les réponses étaient réceptionnées dans ma boîte personnelle.

Le questionnaire a été clos quatre semaines plus tard, soit le 28 juillet 2014 à 19 heures.

3. Présentation de l'échantillon

Le questionnaire a été diffusé aux médecins libéraux généralistes et spécialistes dont les coordonnées électroniques figuraient sur le fichier d'Espace Médecine, fichier de coordonnées de médecins régulièrement tenu à jour.

Les coordonnées contenues dans ce fichier sont celles des médecins ne refusant pas de recevoir de courriers électroniques de la part de l'association. Cette liste de coordonnées, déclarée à la

CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) est constituée à partir :

- des formulaires d'inscription aux actions de formation médicale continue menées par FMC

Action et d'évaluation des pratiques professionnelles

- des fiches de renseignements des formateurs

- des formulaires d'inscription en ligne aux formations

- des sites Web des Pages Jaunes, du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Sécurité Sociale.

Le courrier électronique joint précisait aux médecins non libéraux à qui le message serait parvenu par erreur de ne pas répondre au questionnaire. Ceci permettait de rectifier d'éventuelles erreurs dans les listes de coordonnées. En effet, les médecins sont triés dans le fichier par spécialité mais le caractère "exercice libéral" est loin d'être toujours renseigné.

4. Présentation du questionnaire

Le questionnaire diffusé [*cf annexe*] comprenait une première partie définissant la télémédecine et présentant la démarche du gouvernement et sa volonté de développer la télémédecine dans le domaine ambulatoire.

Dans une deuxième partie, les caractéristiques générales de la personne sondée étaient demandées. L'expérience en matière de télémédecine était ensuite recensée, qu'elle soit passée ou actuelle, à titre exceptionnel ou quotidienne, et nous demandions des précisions quant aux éventuelles expériences. Les réponses étaient rédigées librement. [Illustration 5]

The screenshot shows a questionnaire form with the following sections:

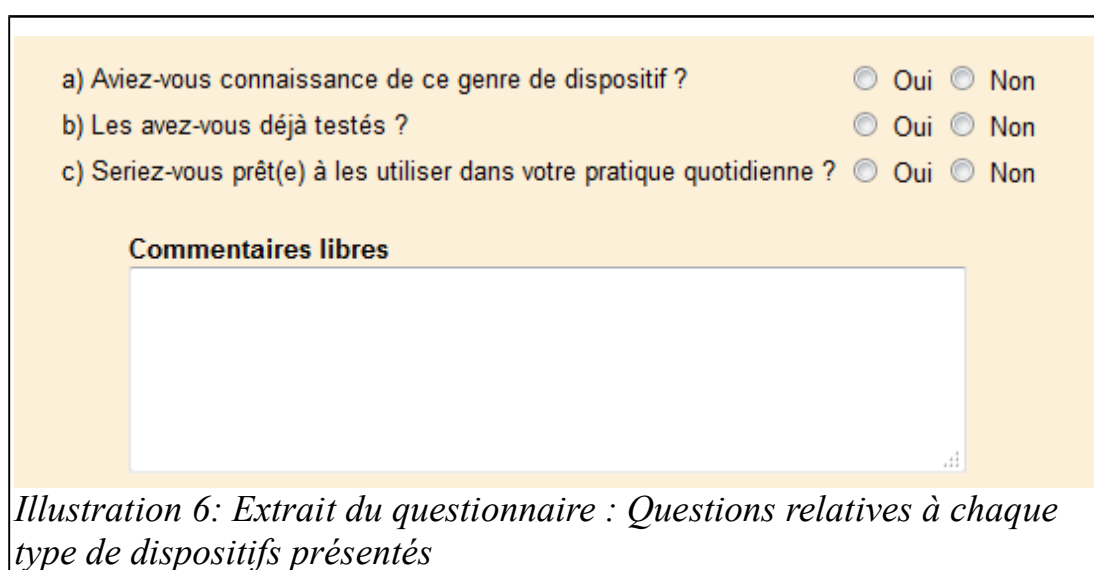
- Votre profil** (orange background):
 - Sexe: Masculin, Féminin
 - Code postal:
 - Age:
 - Spécialité:
- Activité et structure** (orange background):
 - Êtes-vous : Installé seul ?, En association ?, Remplaçant ?
 - Année d'installation en libéral (ou du début des remplacements pour les remplaçants):
- Informatique du cabinet** (light green background):
 - Quel est votre type d'ordinateur habituel ? PC, MAC, Autre
 - Estimez-vous votre connexion Internet de bonne qualité ? (par exemple, vous visualisez sans problème des vidéos...) Oui, Non
 - Disposez-vous d'une caméra ? Oui, Non
 - dans votre cabinet : d'un casque-micro ? Oui, Non
 - Possédez-vous un smartphone ? Oui, Non
- Tout d'abord, nous aimerions connaître votre expérience de la télémédecine** (white background):
 - Pratiquez-vous actuellement la télémédecine ? Oui, Non
 - Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ? Oui, Non
 - Quelle est votre expérience de la télémédecine ?
(dans quelles circonstances l'avez-vous exercée, de quelle façon, avec quel matériel, sous quelle forme ?)
 -

Illustration 5: Extrait du questionnaire : Caractéristiques du sujet et expérience générale

Ensuite, des dispositifs déjà en place dans certaines régions, représentatifs de chaque facette de la télémédecine, étaient présentés. Cela correspondait aux différents types d'usage mentionnés dans

la définition (la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance). La réponse médicale et la téléassistance, concernant beaucoup moins l'exercice libéral, du moins dans les applications actuelles, n'ont pas été abordées. Ils concernent en effet les structures hospitalières, puisque ce sont elles qui procèdent aux essais de téléassistance et qui gèrent la régulation médicale. Nous y avons ajouté les applications smartphone, qui n'entrent pas dans une case précise bien qu'elles s'approchent de la télésurveillance.

Les dispositifs présentés ont été sélectionnés, après revue de la littérature, sur leur représentativité, leur mise en place effective dans certaines régions en ayant montré une certaine efficacité. Il s'agit des dispositifs présentés plus haut dans le sous-chapitre dédié (“Présentation des différents dispositifs”). Pour chaque catégorie de dispositifs étaient posées les mêmes questions [Illustration 6].



a) Avez-vous connaissance de ce genre de dispositif ? Oui Non

b) Les avez-vous déjà testés ? Oui Non

c) Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ? Oui Non

Commentaires libres

Illustration 6: Extrait du questionnaire : Questions relatives à chaque type de dispositifs présentés

À chaque étape du questionnaire, des cases de commentaires libres étaient mises à disposition pour que les médecins nous fassent part de leurs opinions ou de leurs remarques. Ces commentaires libres ont été regroupés par médecin pour l'analyse, car ils n'étaient pas considérés comme des réponses à des questions précises et individualisées, mais comme des remarques laissées au fil du questionnaire. Ces remarques étaient tout de même remises dans leur contexte lorsque cela était nécessaire. Les précisions apportées lors de l'analyse apparaissent entre crochets dans la grille de réponses.

Il est à noter que les citations seront restituées telles quelles, sans modification d'orthographe ou de syntaxe. Il a été choisi de ne pas corriger les fautes de frappe ou d'orthographe qui foisonnent dans les commentaires afin de ne pas altérer le contenu du propos par un risque d'erreur d'interprétation.

III. Résultats

1. Diagramme de flux

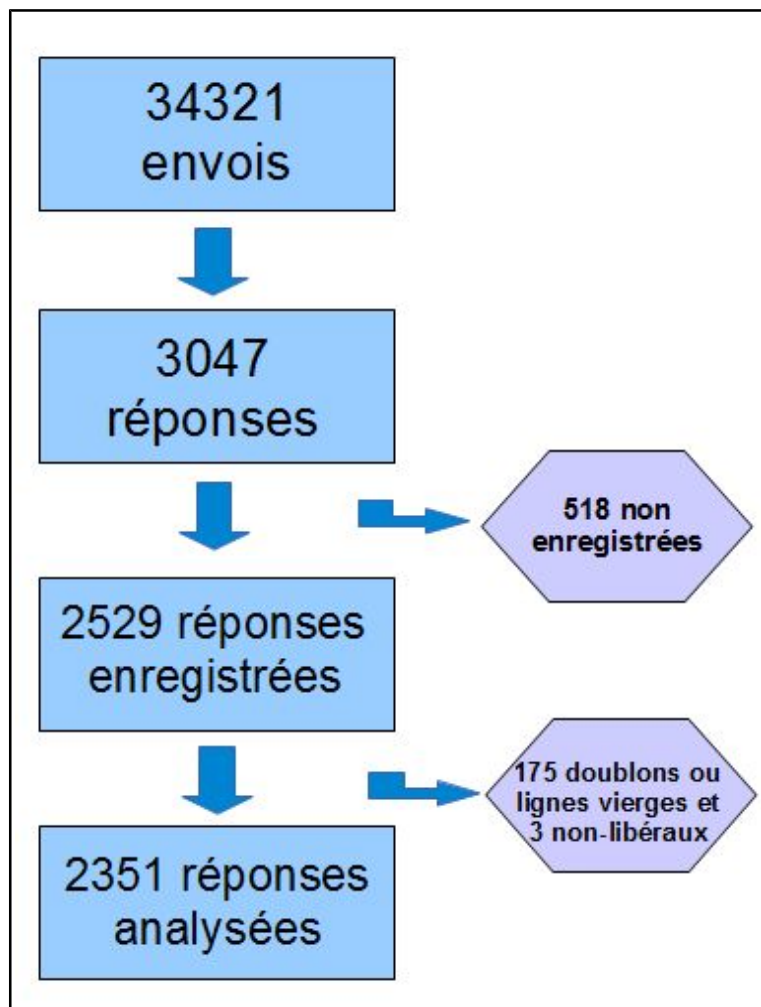


Illustration 7: Diagramme de flux

Le fichier comportait plus de 40 000 adresses mails. Avant l'envoi, le répertoire a été “nettoyé”

des adresses non valides. Le questionnaire a donc été réellement envoyé à 34 321 adresses, qui comptaient en majorité des médecins libéraux, mais quelques hospitaliers figuraient également dans ce fichier, sans que nous ayons pu les comptabiliser précisément.

Le nombre de médecins ayant cotisé à la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France), à laquelle l'affiliation est obligatoire pour les médecins titulaires du diplôme de Docteur en médecine inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins et exerçant une activité médicale libérale était de 125 278 en 2013 ⁶⁶. Ainsi, nos 34 321 adresses mail représentent 27,40 % de l'ensemble des médecins libéraux cotisant à la CARMF. En sachant que nous avons reçu quelques réponses par mail de médecins n'étant pas libéraux, ce pourcentage doit être abaissé, mais il est impossible d'en connaître exactement le taux.

Nous avons obtenu 3047 réponses. Dans ces 3047 réponses, 518 n'ont pas été enregistrées du fait d'un problème technique étant survenu dès l'envoi du questionnaire, c'est-à-dire le premier juillet à 00h01, et résolu le jour même à 23h45.

Le problème technique était dû à une mise à jour de serveur effectuée peu avant l'envoi du questionnaire. Ceci a eu des répercussions sur les droits d'écriture sur le serveur PHP. Le serveur PHP n'était alors plus en mesure d'enregistrer les réponses des médecins, car il ne disposait plus de droits d'écriture suffisant. Les médecins ont donc répondu, mais leurs réponses n'ont pas été

enregistrées. Une fois les droits du serveur réparés, les réponses ont été enregistrées comme prévu.

Les mails étant envoyés à un nombre très important de contacts, la durée de l'envoi s'est étalée sur plusieurs jours. Il est à noter que l'ordre d'envoi était aléatoire, et en aucun cas lié au lieu d'exercice. Au moment où le problème technique a été repéré, l'envoi a été stoppé, le temps de faire les réparations nécessaires sur le serveur. À ce moment-là, 17 384 mails avaient déjà été envoyés, et 16 937 mails n'étaient pas encore partis. Sur les 17 384 mails envoyés, 5692 avaient été ouverts et 518 personnes avaient répondu à l'enquête. Ce sont ces 518 réponses qui n'ont pu être enregistrées.

Au final, 2 529 réponses ont donc été enregistrées. Nous avons effectué un nettoyage, en supprimant les 175 doublons (liés à des "bugs" informatiques) et lignes vierges (correspondant à des personnes ayant cliqué sur le lien du questionnaire sans le compléter) et les 3 médecins déclarant exercer une activité non libérale. Au total, 2 351 réponses ont été analysées [Illustration 7].

Le taux de réponses à notre enquête a été de 8,88 % si l'on tient compte du nombre de réponses envoyées, mais ce taux est abaissé à 6,85 % si l'on tient seulement compte des réponses qui ont pu être analysées.

Nous avons choisi de ne pas supprimer les réponses provenant de médecins déclarant être à la

retraite, puisque nous ne pouvions pas tous les repérer, et que leur avis nous semblait également intéressant à recueillir, appartenant toujours pour ainsi dire à la grande “famille” des libéraux.

2. Cinétique des réponses

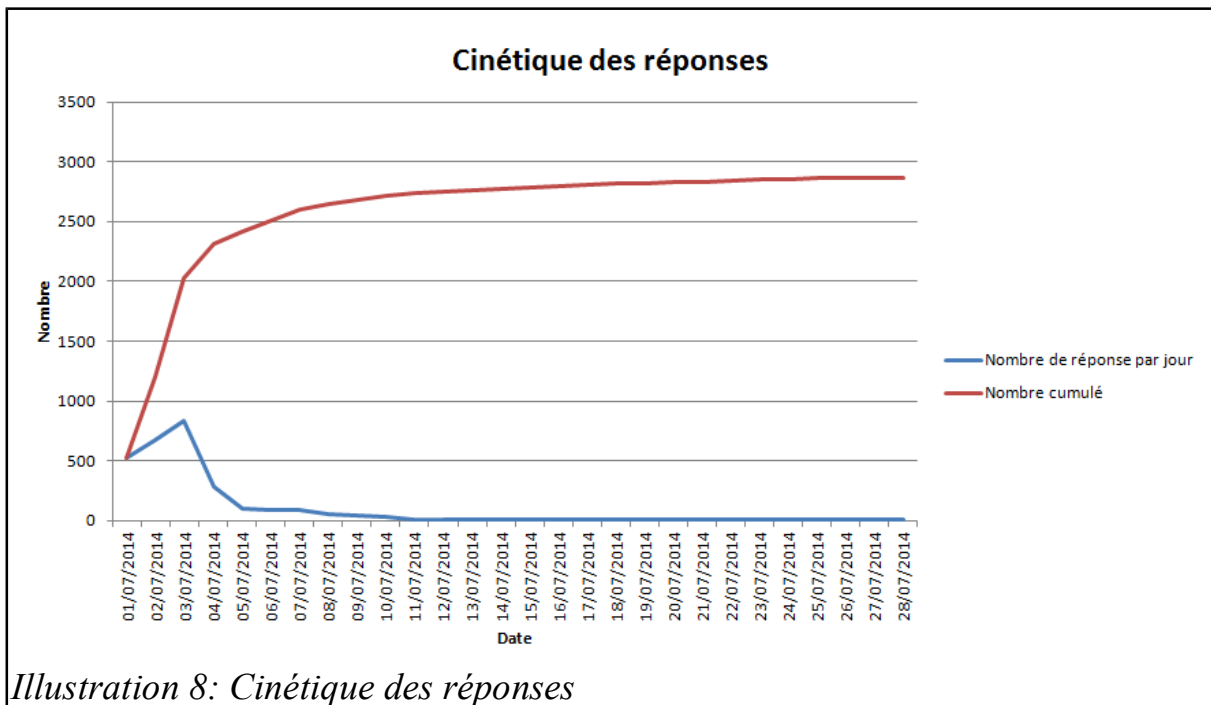
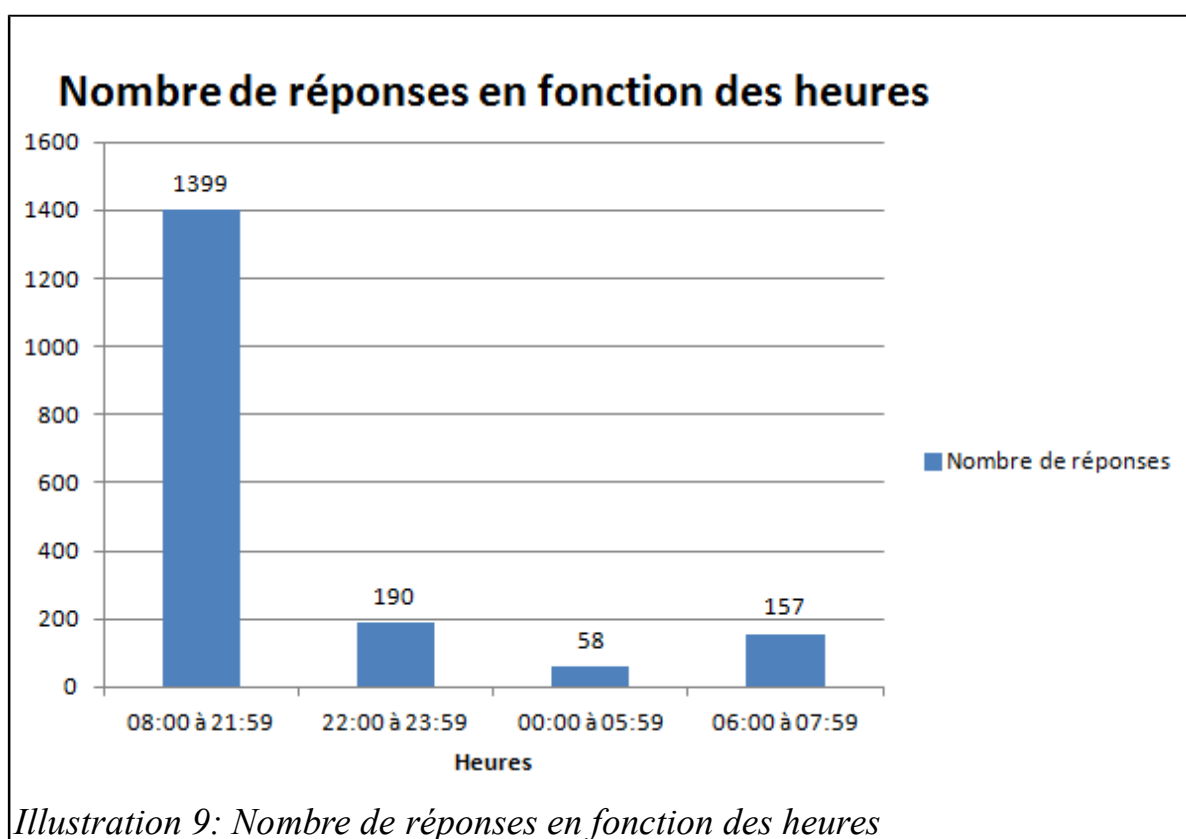


Illustration 8: Cinétique des réponses

La cinétique des réponses nous montre que la majorité des réponses a été envoyée lors des quatre premiers jours [Illustration 8]. En effet, pendant ce laps de temps 2319 personnes ont répondu à notre enquête (incluant les 518 réponses qui n'ont pas été enregistrées, le premier jour), correspondant à 80,83 % des réponses totales.

Nous avons clos le questionnaire après 4 semaines, alors que le taux de réponses était devenu négligeable (trois réponses par jour depuis 3 jours).



Nous avons constaté que les réponses ont été envoyées tout au long du nyctémère, et que les envois en cours de nuit représentaient une part non négligeable [Illustration 9]. En effet, au cours des trois premiers jours, 405 réponses (soit 22,45 %) ont été envoyée la nuit entre 22 heures et 8 heures, dont 58 (soit 3,21 %) entre minuit et 6 heures du matin. Ceci atteste du

rythme de vie difficile des médecins, et d'un travail tardif de ceux-ci.

Ces constatations sont confirmées par les commentaires libres, où certains médecins témoignent de leur travail très prenant (*« comment gérer des consultations lourdes et nombreuses, le téléphone, et en plus une prise en compte de "consultations supplémentaires" par internet? »*), et d'une amplitude horaire très large (*« Nous passons déjà énormément de temps auprès de nos malades de 07h30 du matin à 21H30 en consultation, puis la lecture de la vingtaine de courriers quotidiens des spé et de l'hôpital et du même nombre de résultats bio 5 jours sur 7 jours et le samedi jusqu'à 15 h (sans compter les gardes)... »*).

Plusieurs médecins semblent être proches du burn-out, invoquant outre ces longues journées (*« ma journée se termine entre 21 ou 22h selon l'activité du jour une fois terminés: télétransmission des FSE lettres reçues du jour scannées récupération, lecture, rangement des courriers biol.. reçus par le net. Papiers à remplir rapidement (ex assurance ALD..) »*), une dégradation des conditions de travail, lequel est peu valorisé (*« pas le temps, et je quitte la médecine générale car trop de contraintes et peu rémunérée! Déçu, pourtant quel beau métier! »*) et un ras-le-bol parfois virulent (*« Il est temps que je me tire dans un pays normal! Mais peut-être que c'est de planète que je devrais changer! »*; *« Journée de travail de parfois plus de douze heures, impossible de caser ce genre de travail supplémentaire sans péter un câble. On dort quand?? »*)

3. Profil de la population étudiée

Sexe	Nombre	Age moyen	Année d'installation
Femme	817 (34,7 %)	48,7	1997
Homme	1516 (64,5 %)	55	1990
Non Renseigné	18 (0,8 %)	47,5	1991
Tous	2351 (100 %)	49,6	1992

Tableau 1: Répartition de l'échantillon

a) Répartition homme-femme

Sur les 2351 réponses analysées, 817 provenaient de femmes soit 34,7 %, et 1516 provenaient d'hommes soit 64,5 %. Dix-huit personnes n'avaient pas renseigné leur sexe, soit 0,8 %. Selon les données de la CARMF, les médecins sont répartis en France entre femme et homme respectivement à 34 % et 66 %. La population étudiée est donc représentative des médecins libéraux en France en matière de répartition homme-femme.

b) Répartition des âges

La moyenne d'âge des personnes ayant répondu à notre questionnaire était de 52,7 ans. Chez les femmes elle était de 48,6 ans et chez les hommes de 55 ans.

Selon la CARMF, la moyenne d'âge chez les femmes est de 50,95 ans et chez les hommes elle est de 55,99 ans ⁶⁷.

Nos chiffres sont relativement similaires et nous pouvons considérer que la population de notre échantillon est aussi représentative de la population générale des médecins libéraux pour l'âge.

Dans nos tableurs, les calculs initiaux retrouvaient des chiffres plus bas d'âge moyen, mais cela était dû au fait qu'une proportion significative de médecins n'avait pas rempli cette donnée (142 personnes, soit 6,03 %), ce qui était donc comptabilisé par le tableur comme un âge à 0. Ceci diminuait considérablement l'âge moyen. Nous n'avons donc pas tenu compte des réponses avec ces données manquantes pour calculer l'âge moyen des médecins dans le tableau ci-dessus [Tableau 1].

c) Année d'installation

L'année d'installation moyenne était 1992. Les femmes s'étaient installées en moyenne plus tard que les hommes, puisque la moyenne de l'année d'installation par sexe étaient respectivement 1997 et 1990. Là encore, cette donnée n'était pas toujours renseignée (155 données manquantes, soit 6,59 % des réponses) mais ce manque d'information ne modifiait pas la moyenne d'année d'installation ni des femmes seules, ni des hommes seuls, ni de la totalité de l'échantillon.

d) Spécialités

On observe une majorité de médecins généralistes dans les réponses, puisqu'ils représentaient 63,46 % des réponses enregistrées, qui se divisaient en 27,90 % de médecins qualifiés en médecine générale (sont qualifiés en médecine générale tous les médecins ayant débuté leur internat en 2004 et ayant donc obtenu un Diplôme d'Études Spécialisées, ainsi que les médecins généralistes ayant demandé et obtenu la qualification) et 35,56 % de médecins généralistes non qualifiés.

Cette majorité s'explique en partie par la liste de diffusion qui contenait une grande proportion de généralistes (30 724, soit 69,69 %). La population des médecins libéraux était selon l'Insee en 2014 de 130 295. Ce chiffre comprend les médecins ayant une activité libérale exclusive et les médecins ayant une activité mixte. Le nombre de médecins généralistes ayant une activité libérale à la même date était de 69 226 ⁶⁸, ce qui correspond à une proportion de 53,13 %. Nous pouvons donc en conclure que la liste de diffusion sur-représentait les médecins généralistes par rapport aux autres spécialités.

Les autres spécialités relativement bien représentées étaient la psychiatrie générale et la dermatologie (entre 2 et 2,99 %). Venaient ensuite la chirurgie orthopédique et traumatologie, la pédiatrie, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, la pathologie cardio-vasculaire et la

gynécologie médicale (entre 1 et 1,99 %). Les autres spécialités étaient représentées à moins de 1 %.

%	Spécialité
27,90%	Qualifié en médecine générale
35,56%	Médecine générale
0,13%	Anamato-cyto-pathologie
0,81%	Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale
0,43%	Chirurgie générale
0,09%	Chirurgie infantile
0,04%	Chirurgie maxillo-faciale
0,13%	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
1,32%	Chirurgie orthopédique et traumatologie
0,17%	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
0,04%	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
0,55%	Chirurgie urologique
0,38%	Chirurgie vasculaire
0,47%	Chirurgie viscérale et digestive
2,47%	Dermatologie et vénéréologie
0,51%	Endocrinologie et métabolismes
0,98%	Gastro-entérologie et hépatologie
0,00%	Génétique médicale
0,51%	Gériatrie
1,06%	Gynécologie médicale
0,89%	Gynécologie obstétrique
0,81%	Gynécologie médicale et Obstétrique
0,00%	Hématologie
0,09%	Médecin biologiste
0,04%	Médecine interne
0,04%	Médecine nucléaire
0,30%	Médecine physique et de réadaptation
0,09%	Néphrologie
0,00%	Neuro psychiatrie
0,04%	Neurochirurgie
0,38%	Neurologie
0,00%	Obstétrique
0,00%	Oncologie médicale
0,04%	Oncologie radiothérapique
1,15%	Ophtalmologie
1,74%	Oto Rhino Laryngologie
1,15%	Pathologie cardio-vasculaire
1,28%	Pédiatrie

0,68%	Pneumologie
0,17%	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
2,34%	Psychiatrie générale
0,81%	Radiodiagnostic et imagerie médicale
0,00%	Radiothérapie
0,94%	Rhumatologie
0,21%	Stomatologie
2,04%	Autre
11,23%	N/R

Tableau 2: Proportion de chaque spécialité

<u>Légende :</u>
< 1 %
1 à 1,99 %
2 à 2,99 %
> 3 %

e) Répartition géographique

Région	Nombre de médecins libéraux (chiffres CARMF)	Nombre et taux d'adresses présentes dans le fichier		Nombre et taux de réponse au questionnaire	
		Nombre	Taux (%)	Nombre	Taux (%)
Alsace	3871	3798	(98,11 %)	171	(4,50 %)
Aquitaine	7345	1549	(21,09 %)	119	(7,68 %)
Auvergne	2336	527	(22,56 %)	29	(5,50 %)
Basse-Normandie	2339	694	(29,67 %)	39	(5,62 %)
Bourgogne	2680	508	(18,95 %)	29	(5,71 %)
Bretagne	5744	3955	(68,85 %)	173	(4,37 %)
Centre	3991	1446	(36,23 %)	98	(6,78 %)
Champagne-Ardennes	2140	362	(16,92 %)	26	(7,18 %)
Corse	624	403	(64,58 %)	21	(5,21 %)
Franche-Comté	1955	539	(27,57 %)	24	(4,45 %)
Haute-Normandie	2930	805	(27,47 %)	53	(6,58 %)
Île-de-France	24 581	6497	(26,43 %)	266	(4,09 %)
Languedoc-Roussillon	6155	3101	(50,38 %)	127	(4,09 %)
Limousin	1418	208	(14,67 %)	15	(7,21 %)
Lorraine	4047	1061	(26,22 %)	61	(5,75 %)
Midi-Pyrénées	6203	2360	(38,05 %)	116	(4,91 %)
Nord-Pas de Calais	6932	2693	(38,85 %)	142	(5,27 %)
Outre-Mer	2762	552	(19,98 %)	40	(7,25 %)
PACA	12 846	5370	(41,80 %)	245	(4,56 %)
Pays de Loire	6047	1920	(31,75 %)	99	(5,16 %)
Picardie	2829	1133	(40,05 %)	67	(5,91 %)
Poitou-Charentes	3112	531	(17,06 %)	25	(4,71 %)
Rhône-Alpes	12 231	3793	(31,01 %)	223	(5,88 %)
Moyenne			35,14 %		5,58 %
Inconnu	0	284		143	(50,35 %)

Tableau 3: Nombre et taux d'adresses présentes dans le fichier de coordonnées et de réponses au questionnaire envoyé, en fonction de la démographie médicale dans chaque région.

En se référant aux données de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) ⁶⁹, nous constatons que la distribution géographique de notre échantillon était inhomogène, et non représentative de la répartition des médecins dans les différentes régions françaises [Tableau 3].

En effet, certaines régions étaient largement sur-représentées, à l'image de l'Alsace pour laquelle plus de 98 % des médecins alsaciens figuraient dans notre fichier de coordonnées. Il en était de même, dans une moindre mesure toutefois, dans d'autres régions : en Bretagne, Corse et Languedoc-Roussillon ce taux dépassait les 50 %. Dans les autres régions, les médecins étaient représentés dans notre fichier à hauteur de 20 à 40 %. La moyenne de la représentation des régions était de 35 %. Certaines régions étaient a contrario sous-représentée, avec moins de 20 % de coordonnées pour les régions Limousin, Champagne-Ardenne, Poitou-Charente et Bourgogne.

Le taux de participation quant à lui est relativement homogène. Le pourcentage de médecins ayant reçu un mail et répondu à notre enquête est en moyenne de 5,58 %. Ce chiffre oscillait de 4,09 à 7,68 % en fonction des régions [Tableau 3].

f) Activité

Les médecins ayant répondu à notre étude exerçaient majoritairement en association (55,1 %).

Ils étaient 39,1 % à être installés seuls, et 3,4 % de remplaçants.

g) Équipement informatique

Concernant leur équipement informatique, ils possédaient majoritairement un PC (74,6 %), contre 19,7 % de Mac, et 0,5 % de “autre” correspondant probablement à une absence d'ordinateur au cabinet. Ils estimaient que leur connexion internet était de bonne qualité dans 82,43 % des cas. Ils ne disposaient pas de caméra (68,14 %) ni de casque avec micro (77,80 %), mais possédaient un smartphone (72,10 %).

4. Expérience de la télémédecine

	Oui	Non	N/R
Pratiquez-vous actuellement la télémédecine ?	11,87%	86,86%	1,3%
Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ?	13,61%	79,41%	7,0%

Tableau 4: Évaluation quantitative de l'expérience

13,61 % des personnes interrogées s'étaient déjà essayées à la télémédecine, mais seulement

11,87% déclaraient la pratiquer au moment de l'enquête [Tableau 4].

Les expériences rapportées par de nombreux médecins étaient principalement des conseils donnés aux patients par téléphone, des ajustements de posologie d'Anti-Vitamine K en fonction des INR ou d'insuline en fonction des glycémies, la conduite à tenir pour des parents inquiets d'une fièvre chez leur enfant. Étaient également fréquemment rapportés des avis d'experts sollicités par téléphone ou par mail, avec parfois des envois d'images par mail ou via un smartphone, le plus souvent dermatologiques ou d'électrocardiogrammes (« *envoi d' un ECG pour avis cardio avis téléphonique journalier pour les patients (ajustement INR , etc ...)* »).

Cette pratique de médecine à distance est utilisée par quasiment tous les médecins et est passée dans la pratique courante. Elle n'est de ce fait pas toujours considérée comme un acte de télémédecine en tant que tel. Un commentaire résume bien la situation : « *si telemedecine veut dire medecine a distance, quel medecin ne l'a pas fait , ne serait ce qu'en donnant des conseil par telephone ou une conduite à tenir, commentant un resultat biologique, commentant un courrier , refaisant une ordonnance, etablissant un renouvellement d ordonnace sans consulter le malade.* »

Cependant, des expériences plus spécifiques ressortaient : la régulation médicale, qu'elle soit dans le cadre du Centre 15, de SOS Médecin, ou « *sauvage* » dans le cadre d'une gestion de l'urgence au cabinet, ainsi que des expérimentations hospitalières (« *Visio conférence sur*

l'Hôpital Local de Langogne avec le CHU Nîmes. 1h par semaine. presentation des cas, radio, bilan et discussion pluridisciplinaire » ; « Dermatologie avec service hospitalier (transmission image) ») ou en EHPAD (Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes) : (« mise en place en ehpad de consult psy »)

Dans le domaine de la télésurveillance, certains médecins utilisaient le smartphone pour le suivi de patients en partenariat avec une infirmière à domicile (« suivie de plaies chroniques avec IDE, exploitation de données d'objets connectés avec patients » ; « Depuis que j'ai un smartphone je fais des télésurveillance notamment pour les plaies chroniques avec les IDE équipées. »).

En ce qui concerne la téléexpertise, il s'agissait surtout de transferts d'électrocardiogramme, d'images dermatologiques, ou d'interprétation de radiologies (« lecture de clichés radio dématérialisés »). Un médecin « en ille et vilaine [avait] plusieurs patient avec stimulateur cardiaque suivi en permanence avec ajustement à distance par un cardiologue de garde 24h sur 24 ».

De rares médecins faisaient partie d'un réseau de consultations par téléphone ou par internet. C'était le cas d'un médecin utilisant la télémédecine « en qualité de consultant du site Médecin Direct ». Il s'agit d'un site internet financé par des assurances permettant aux patients de bénéficier de conseils ou d'informations de la part d'un médecin. Aucun diagnostic n'est posé ni

d'ordonnance prescrite. Un autre était « *médecin tabacologue sur la ligne de tabac info service de 2001 a 2011* ».

Un réseau d'entre-aide nous était signalé, permettant de solliciter l'avis de la communauté médicale « *MgClinique : liste de diffusion mail de médecins où l'on peut exposer entre autre les cas qui nous pose problème. Réponse en général rapide. Matériel : ordi et connexion internet.* ».

Un usage personnel ou familial était décrit dans quelques situations : « *dans le cadre familial (vacances...), transfert de photos par smartphone ou face-time* » ; « *J'ai expérimenté whithings pour ma propre surveillance de TA.* »

Quelques personnes étaient elles-mêmes à l'origine de projets de télémédecine : « *Je suis porteur d'un projet d'étude sur les "objets connectés" dans le cadre du projet TSN (Territoires de Santé Numérique) déposé par l'ARS Rhône-Alpes* ».

Cependant, les expériences vécues n'ont pas toujours été concluantes : « *en Ehpad avec appareillage acheté grâce aux ARS et qui est rangé dans un coin et ne sert à personne...* ».

Les commentaires ont permis d'avoir un retour sur certains dispositifs que nous avons présentés.

C'est le cas principalement d'ICALOR. Même si certains rapportaient que « *Icalor fonctionne très bien* », d'autres pointaient du doigt les difficultés d'un tel dispositif. Icalor souffrirait d'un problème de financement. « *au 1er Janvier 2014, le réseau Icalor ne reçoit plus de financement*

dédié à la prise en charge des patients inclus dans le réseau. L'Association Icalor ne prend donc plus en charge le suivi des patients insuffisants cardiaques et ne propose plus de séances d'éducation thérapeutique. » ; « Icalor est en cessation de paiement et d'activité. » ; « ICALOR ne fonctionne plus... et les inclusions se faisaient très difficilement , les services hospitaliers oubliaient de le faire, j'en ai inclus 2 avec 3/4 d heure de travail ... quant au suivi il fallait mettre à jour les données bénévolement... pour les inclusions par la suite une infirmière du réseau le faisait mais il fallait la contacter... quant à savoir si on a évité des hospitalisations ???? ».

5. Analyse quantitative

		Oui	Non	N/R	Total
Applications smartphone	Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	50,74%	48,23%	1,0%	100,0%
	Les avez-vous déjà testés ?	2,98%	95,24%	1,8%	100,0%
	Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	36,37%	61,42%	2,2%	100,0%
Dispositifs de télésurveillance	Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	40,20%	57,89%	1,9%	100,0%
	Les avez-vous déjà testés ?	3,23%	94,30%	2,5%	100,0%
	Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	46,79%	49,72%	3,5%	100,0%
Exemples de téléconsultation / téléexpertise	Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	39,09%	59,46%	1,4%	100,0%
	Les avez-vous déjà testés ?	2,55%	95,32%	2,1%	100,0%
	Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	41,30%	56,27%	2,4%	100,0%
Cabines de télémedecine	Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	26,16%	72,69%	1,1%	100,0%
	Les avez-vous déjà testés ?	0,51%	97,58%	1,9%	100,0%
	Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	35,43%	61,55%	3,0%	100,0%

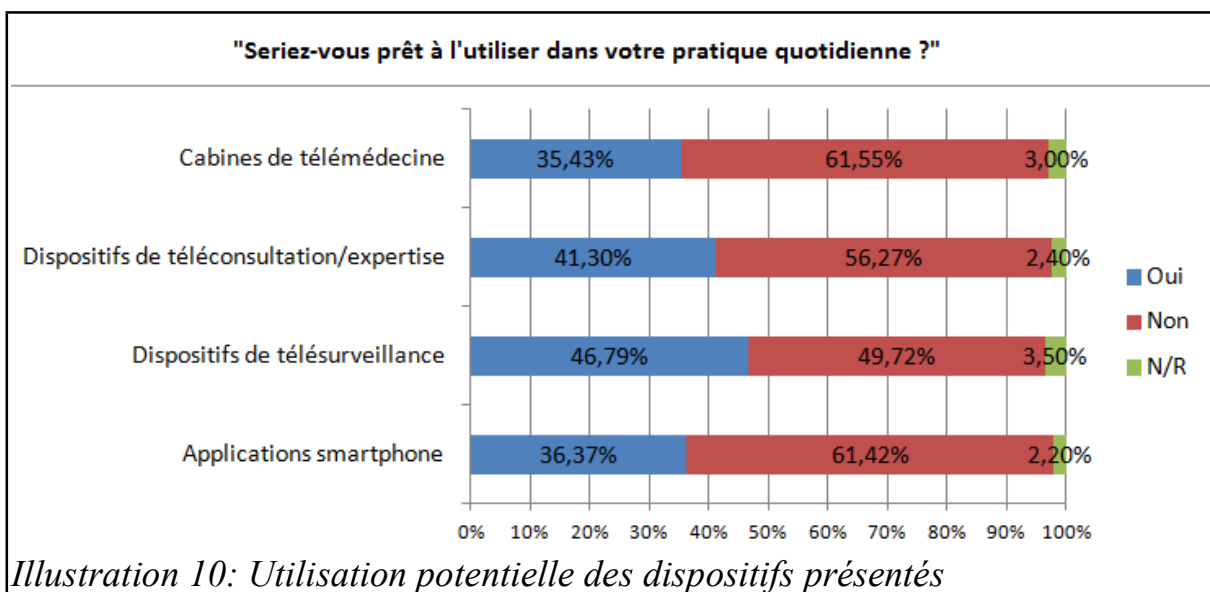
Tableau 5: Réponses aux questions fermées de l'ensemble de l'échantillon

L'analyse quantitative des questions fermées de l'enquête nous montre que peu de médecins ont connaissance des dispositifs mis en place actuellement dans certaines régions, à l'exception des applications smartphone qui étaient connues par plus de 50 % des personnes interrogées. Les

dispositifs de télésurveillance et de téléconsultation/téléexpertise étaient connus par près de 40 % des médecins, tandis que la cabine de télé-médecine n'était connue que par près d'un quart des médecins.

En revanche, une faible minorité avait déjà testé ces dispositifs : entre 2,55 et 3,23 % pour les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise, de télésurveillance, et les applications smartphone.

Pour cette dernière catégorie, il s'agissait surtout d'une expérience personnelle ou familiale, mais peu en tant que médecin (« *Usage personnel* » ; « *Je l'utilise déjà personnellement pour surveillance de mon poids et de mon activité physique* » ; « *Utilisation privée pour footing mais sans données médicales* »). Ce chiffre devenait négligeable pour les cabines de télé-médecine : seuls 0,51% des médecins l'avaient testée, soit 12 médecins. [Tableau 5]



Les médecins interrogés n'étaient majoritairement pas prêts à utiliser dans leur pratique quotidienne les dispositifs présentés. C'était principalement le cas des applications smartphone et de la cabine de télémedecine, qui recueillaient respectivement 36,37 % et 35,43 % d'utilisation potentielle.

Le dispositif de téléconsultation/téléexpertise obtenait quant à lui un taux de réponses favorables à une utilisation au quotidien dans 41,30 % des cas.

Les résultats étaient plus mitigés concernant les dispositifs de télésurveillance, avec 46,79% de personnes se disant prêtes à utiliser un dispositif semblable à ceux présentés, contre 49,72% ne s'estimant pas prêtes.

Le taux de non-répondant était relativement élevé, entre 2,2 et 3,5 % à la question relative à l'utilisation potentielle d'un dispositif similaire. [Illustration 10]

6. Comment l'expérience influe-t-elle sur les réponses ?

Nous avons cherché à savoir s'il existait une différence d'opinion chez les médecins ayant déjà utilisé la télémedecine par rapport à ceux n'ayant aucune expérience.

Ils étaient 1886 (80,22%) à ne déclarer aucune expérience en matière de télémedecine, et 446

(18,97%) à relater une expérience, qu'elle soit passée ou présente. [Tableau 6]

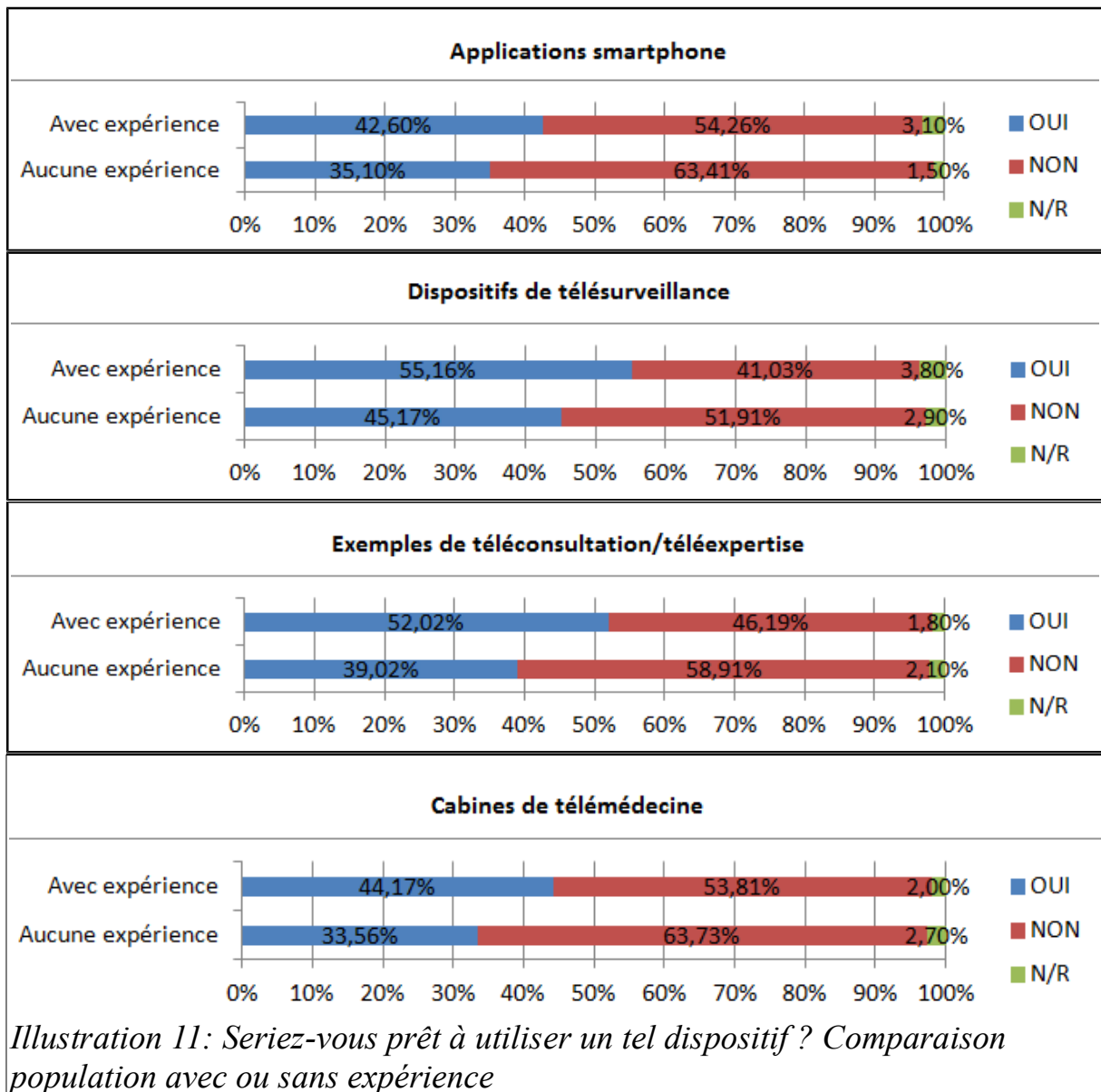
Les personnes ayant une expérience ont été retenues soit par une réponse positive à l'une des questions « Pratiquez-vous actuellement la télémédecine ? » ou « Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ? », soit par une réponse attestant d'une expérience dans la case « Quelle est votre expérience de la télémédecine ? ». Les résultats à la question « Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ? » n'est pas de 100 % dans la colonne « Avec expérience » car certaines personnes ont répondu "oui" à la première question sur l'expérience (« Pratiquez-vous actuellement la télémédecine ? ») mais n'ont pas coché "oui" à la question suivante (« Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ? »). D'autres personnes, plus rarement, ont coché "non" aux deux questions fermées mais ont rapporté une expérience dans la question semi-ouverte. Ceci explique donc les chiffres paraissant au premier abord incohérents.

		Aucune expérience			Avec expérience		
		OUI	NON	N/R	OUI	NON	N/R
	Nombre de réponses	1886			446		
	Homme	64,6%			64,3%		
	Femme	34,8%			34,5%		
	Age moyen	49,9			48		
	Installé seul	39,5%			37%		
	En association	54,9%			56,5%		
	Remplaçant	3,4%			3,4%		
	Année installation moyen	1992			1994		
	Bonne qualité de la connexion	82,45%			84,3%		
	Possession caméra	25,34%			34,98%		
	Possession casque-micro	15,11%			25,11%		
	Possession smartphone	71,85%			74,66%		
	Pratique actuelle de la télémédecine	0%			62,33%		
	Déjà essayé la télémédecine	0%			71,75%		
			OUI	NON	N/R	OUI	NON
Applications Smartphone	connaissance de ce genre de dispositif ?	50,80%	48,67%	0,5%	52,47%	46,64%	0,9%
	déjà testés ?	2,65%	96,34%	1,0%	4,48%	92,60%	2,9%
	prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	35,10%	63,41%	1,5%	42,60%	54,26%	3,1%
Dispositifs de télésurveillance	connaissance de ce genre de dispositif ?	39,45%	59,07%	1,5%	43,95%	54,26%	1,8%
	déjà testés ?	2,49%	95,60%	1,9%	6,50%	90,81%	2,7%
	prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	45,17%	51,91%	2,9%	55,16%	41,03%	3,8%
Exemple de téléconsultation/téléexpertise	connaissance de ce genre de dispositif ?	37,38%	61,45%	1,2%	47,09%	52,24%	0,7%
	déjà testés ?	1,27%	97,24%	1,5%	8,07%	89,24%	2,7%
	prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	39,02%	58,91%	2,1%	52,02%	46,19%	1,8%
Cabines de télémédecine	connaissance de ce genre de dispositif ?	25,19%	74,02%	0,8%	30,04%	69,28%	0,7%
	déjà testés ?	0,32%	98,30%	1,4%	1,35%	96,64%	2,0%
	prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	33,56%	63,73%	2,7%	44,17%	53,81%	2,0%

Tableau 6: Opinion sur la télémédecine en fonction de l'expérience

Nous constatons que les personnes relatant une expérience de la télémédecine étaient plus jeunes de 1,9 années, qu'elles ont tendance à s'être installées plus récemment (2 ans) et plus souvent en association (56,5 % versus 54,9 %). La proportion d'hommes et de femmes était comparable dans les deux populations. Le groupe "Avec expérience" possédait plus d'équipement informatique, de smartphone, et une meilleure connexion internet.

Les résultats nous montrent que les médecins ayant une expérience de la télémédecine étaient globalement plus favorables aux dispositifs présentés. Ils étaient majoritairement prêts à utiliser les dispositifs de télésurveillance et de téléconsultation/téléexpertise, respectivement à 55,16% et 52,02 % contre 45,17 % et 39,02 % chez les médecins sans expérience. Il en va de même pour les deux autres dispositifs, mais dans une moindre mesure puisque les personnes prêtes à les utiliser restaient non majoritaires dans les deux groupes. Elles étaient 42,60 % contre 35,10 % pour les applications smartphone, et 44,17% contre 33,56% pour la cabine de télémédecine [Illustration 11].



Si l'on considère maintenant l'expérience effective des dispositifs présentés, on constate qu'une faible proportion de l'échantillon avait déjà eu l'occasion de les tester. Le nombre de médecin ayant déjà utilisé un dispositif se décompose ainsi : 70 pour les applications smartphone (soit 2,98 % de l'échantillon), 76 pour les dispositifs de télésurveillance (soit 3,23 %), 60 pour les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise (soit 2,55 %), et 12 pour les cabines de télémédecine (soit 0,51 %). Au total, 199 médecins avaient déjà fait l'expérience de l'un de ces quatre types de dispositifs, soit 8,46 % de l'échantillon total.

Applications smartphone	Oui	Non	N/R
Les avez-vous déjà testés ?	70 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	45 (64,29%)	25 (35,71%)	0 (0%)
Nombre de commentaires	11 (15,71%)	12 (17,14%)	0 (0%)

*Tableau 7: Volonté d'utiliser les applications smartphone dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des **médecins les ayant déjà testés***

Commentaires sur les applications smartphone "Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? "	
OUI	...Mais en psy c'est pas vraiment aidant...
	A conditions que ça ne me prenne pas de temps en plus....
	Bon en dermatologie peu d'intérêt Mais gros potentiel en mg
	Il ne faut passer au stade de l'asservissement
	Je suis porteur d'un projet d'étude sur les "objets connectés" dans le cadre du projet TSN (Territoires de Santé Numérique) déposé par l'ARS Rhône-Alpes
	J'utilise Withings avec mon Iphone + tensiometre Withings + balance connectée Withings pour moi-même quotidiennement étonnant et fiable
	le mien est tombé rapidement en panne! les textes pour calculer les apports caloriques étaient en anglais!
	Manque de temps pour collecter les données, les analyser, les relater, et qui pourrait indemniser le temps passé? Je l'utilise déjà personnellement pour surveillance de mon poids et de mon activité physique. Peut être une infirmière asalée pourrait s'en occuper?
	pb temps consacré pas de rémunération
	utilisation de fitbit à titre perso, et recommandé régulièrement aux patients en surcharge pondérale
Utilisation personnelle de jacobine/up	
NON	a priori cher pour les patients non motivés
	Anxiogène Surveillance globalement inutilement intensive Aspect "Big brother" : le patient perd une grande partie de son autonomie, y compris en décidant de nous mentir ou de nous dissimuler des infos. Chronophage et non rémunéré
	apporte peu de renseignement pour la pratique médicale
	GADJET
	Je l'ai essayé pour un proche L'usage pour des patients je suis retissé te car c'est du travail en plus non rémunéré et qui engage ma responsabilité Je participe à la PDS et je travaille plus de 70 h par semaine et vu comment on est considéré et rémunéré je ne veux pas avoir des contraintes en plus.
	La spécialité ne s'y prête pas. Mon activité principale est la pose de prothèse totales de hanche et de genou mais pourquoi pas? Surveillance de la récupération de l'autonomie?
	l'auto surveillance est très intéressante pour le suivi, mais la délivrance de ces résultats au médecin nécessite une communication verbale (au moins par téléphone)
	le problème éthique de la liberté du patient et de la confiance médecin / patient plutôt que la surveillance ou du contrôle permanent me gêne.
	tout le monde peut en posséder un... je n'ose pas penser à ce que serait la vie de médecin généraliste si les données de tous les patients remontaient en continu jour et nuit...
	Un patient m'a montré à plusieurs reprises ses courbes de TA sur tablette grace à un

	tensiometre Withings au cours des consultations, je n'envisagerai pas un suivi par mail.
	Usage personnel
	Utilisation privée pour footing mais sans données médicales

Tableau 8: Commentaires des médecins ayant déjà testé les applications smartphone

Les avis des médecins ayant déjà testé ce dispositif d'applications smartphone étaient plus largement positifs, puisqu'ils étaient 64,29 % (45 médecins sur 70) à être prêts à les utiliser dans leur pratique quotidienne [Tableau 7].

Leurs commentaires [Tableau 8] nous informent que l'utilisation se faisait plutôt dans le cadre personnel, et est parfois conseillée aux patients sur la base de cette expérience personnelle. Mais quelques problèmes techniques subsistaient ainsi que les problèmes déjà évoqués de surveillance excessive, de temps d'analyse important et non rémunéré. Au final, l'utilisation qui semblait la plus intéressante était l'auto-surveillance que le patient pourrait plus facilement réaliser grâce à ce système.

Dispositifs de télésurveillance	Oui	Non	N/R
Les avez-vous déjà testés ?	76 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	54 (71,05%)	19 (25%)	3 (3,90%)
Nombre de commentaires	20	13	1

Tableau 9: Volonté d'utiliser les **dispositifs de télésurveillance** dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des **médecins les ayant déjà testés**

Commentaires sur les dispositifs de télésurveillance "Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? "	
oui	Attention a la liberté et a ces fausses recommandations soit disant aidantes qui ne sont que des moyens de surveillance
	cf commentaires sus jacents ["Télécardiologie au quotidien. Suivi de patients implantés de stimulateur ou défibrillateur."]
	En fait plusieurs de mes patients en ont bénéficié notamment pour enregistrement holter rythme sur de longue période ou surveillance de leur défibrillateur. A mon sens c'est très positif. Il m'arrive aussi de faire de la télémédecine artisanale en demandant au infirmière de prendre les ulcères en photo et je les visualise par mail plutôt que de multiplier les déplacements à domicile !!
	Expérience Cardiauvergne.
	j'ai un patient inclus dans cardio auvergne
	Je participe à l'ag du radic. La collecte des données de santés est une bonne chose et permet d'anticiper les pb et décompensation.
	Je suis membre de Cardiauvergne
	Je suis un des principaux "fournisseurs" libéraux de Cardiauvergne, en nombre de patients
	l' experience que j' en ai eu était initiée par l' hôpital en cas d' insuffisance cardiaque ; comme d' habitude , le medecin traitant était totalement écarté du système , ni sollicité , ni prévenu , bref "indésirable", le fameux "pivot"
le projet plaie breton se rapproche de l'expérience du LR. Pour l'insuffisance cardiaque la consultation régulière du MG me semble plus simple logique et efficace	

	le travail en réseau améliore la prise du charge du patient
	L'IDE de L' EPHAD dans la quelle je travaille a déjà contacter le réseau plaie et cicatrisation de Montpellier pour une de mes patientes
	lourdeur de la livraison de la tablette, difficultés de conection
	mis en place par les cardio
	mon associée a tenté un avis du réseau plaie et cicatrisation pour une escarre très avancée chez un patient âgé difficilement déplaçable. Lenteur de mise en place, visualisation limitée. mise en place tablette plus longue que simple photo avec téléphone !!! et micro: tel plus rapide!! installation très lente. nécessité finalement de renvoyer le patient sur le CHU quand même.
	oui pour l'insuffisance cardiaque mais les données sont notées sur des dossiers papiers
	POUR LES ULCERES LES INFIRMIERES M ENVOIENT DES PHOTOS ET ON DISCUTE
	pour moi le reseau plaie de basse normandie s'appelle Telap
	protocole récent à Grenoble pour surveillance des plaies de pied diabétique. parait intéressant mais je n'ai aucun recul pour l'instant (1 patient inclus depuis 1 mois)
	un de mes patients a un dispositif de surveillance de ses troubles du rythme cardiaques et de l'activité -ou pas- de son défibrillateur implantable. Dans CE cas PRECIS, c'est potentiellement utile, pour lui éviter des hospitalisations itératives. Mais comme aucun trouble du rythme n'a encore été détecté, je n'ai pas pu évaluer le fonctionnement du système dans son ensemble... (utilité ?)
non	attention au fosse entre theorie et pratique AHA il faut 24 a 48 h et entre 5 a 10 coup de fil pour joindre le service de soins palliatif a domicile et je ne n'evoque pas les rdv specialistes et/ou hospitaliers.
	Comme pour toute nouveauté : *va-t-on améliorer la qlt de vie du patient ? *"""""""" allonger son espérance de vie ? *"""""""" retarder la dépendance ? *quel en est le rapport bénéfice/cout ?
	Expérience d'erreur sur la transmission des données au médecin qui a basé sa décision sur une situation inexacte
	Extreme lourdeur spatiale et temporelle ! De plus ds le cadre de la surveillance d'une plaie la tablette ne remplace pas l'oeil ni la main !
	Icalor est en cessation de paiement et d'activité. Aucun intérêt en pratique courante puisque le dossier n'était renseigné que par les professionnels eux mêmes, médecin et infirmière. Donc dossier commun permettant de la santé publique mais en aucune manière une aide au suivi du patient.
	ICALOR ne fonctionne plus.... et les inclusions se faisaient tres difficilement , les services hopitaliers oubliaient de le faire, j'en ai inclus 2 avec 3/4 d heure de travail ... quant au suivi il fallait mettre à jour les données bénévolement.... pour les inclusions par la suite une infirmière du réseau le faisait mais il fallait la contacter... quant à savoir si on a évité des hospitalisations ????
	INSTALL2E EN MILIEU URBAIN PEU UTILE

	J'ai écrit 2 fois un commentaire sur insuff cardiaque cardioauvergne, mais rien : pas de réponse cardio , ni dossier medical correct ..
	La question de responsabilité médicale n est pas claire Le coût de ces installation est trop eleve
	le médecin traitant ne garde plus la main. comme d'habitude, la connaissance de l'hôpital régional est considéré comme supérieure sans tenir compte de notre avis. à plusieurs reprises, je me suis opposé à des amputations et l'évolution m'a donne raison...
	Les patients entrent dans un réseau constellé de bugs, manque de liaison, etc... ICALOR en est la caricature
	Non applicable dans ma specialité en dehors de la gestion de la douleur aigue postoperatoire
	Surveillance par des para médicaux , le médecin ne voit plus son patient sauf pour l'urgence !!!
N/R	Nous l' utilisons Pour l' observance et l' efficacité des traitements par PPC pour apnées. Mais les génies du conseil d' état ont décrété que cela n' était pas conformes aux réglementations de la CNIL (on vit dans 1 pays de génies dans les administrations: ne l' oublions pas!!!.)

Tableau 10: Commentaires des médecins ayant déjà testé les dispositifs de télésurveillance

De même, les avis des médecins ayant déjà testé des systèmes de télésurveillance étaient également plus positifs, puisqu'ils étaient 71,05 % (54 médecins sur 76) à être prêts à les utiliser dans leur pratique quotidienne [Tableau 9].

Le réseau Cardiauvergne semblait plutôt bien fonctionner, puisque 4 médecins nous signalaient en avoir fait l'expérience et en être suffisamment satisfait pour souhaiter en poursuivre l'utilisation dans leur pratique quotidienne. En revanche tel n'était pas le cas pour Icalor, dont on nous signalait les problèmes financiers impactant la qualité du suivi. Le problème principal relevé par les médecins ayant fait l'expérience de ces dispositifs était la mise à l'écart du médecin traitant

dans la prise en charge du patient, au profit du réseau de soin ou de l'hôpital s'y rattachant.

En ce qui concerne le suivi des plaies chroniques, c'est la lourdeur du dispositif qui était dénoncée, et la lenteur de la prise en charge. Les médecins jugeaient qu'une simple photographie de la plaie accompagnée d'un échange téléphonique était plus efficace que la livraison d'une tablette. Un médecin considérait en revanche qu'une photographie ou une vidéo ne pouvait pas se substituer à une consultation réelle pour le suivi de ces plaies [Tableau 10].

Dispositifs de téléconsultation/téléexpertise	Oui	Non	N/R
Les avez-vous déjà testés ?	60 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	44 (73,33%)	15 (25%)	1 (1,66%)
Nombre de commentaires	11	5	1

*Tableau 11: Volonté d'utiliser les **dispositifs de téléconsultation/téléexpertise** dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des **médecins les ayant déjà testés***

Commentaires sur les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise "Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ?"	
OUI	pOUR EVITER DE DEPLACER LE PATIENT TRES UTILE EN DERMATO
	Pertinent si rémunération spécifique ou dans un cadre salarié. L'organisation actuelle du système de soins ne favorise pas ce type d'approche, intéressante en milieu rural
	PAS TOUS LES JOURS:TEMPS
	le problème est le financement

	J utilise Skype pour cs post op
	en milieu carcéral évite les extractions couteuses en temps et en énergie ...dermato, cs pré anesthésie, avis cardio non urgent...
	En cas de difficulté de déplacement pour le patient.
	dermatologie
	compte rendu radiologique en garde par radiologue recevant les images chez lui et donnant son texte de CRo par internet
	bricolage avec un ami dermato je fais une photo avec mon iPhone je lui envoie et il me dit ce qu'il en pense cela a marché durant des années idem avec les infirmières pour les plaies escarres etc
	Avis spécialiste rapide en attendant un rdv programmé. C'est ça l'accès aux soins coordonnés .
NON	qui est responsable dans tout cela ?
	pas tout à la fois SVP
	Je suis en zone périurbaine, les spécialistes sont facilement accessibles. Je préfère garder mon temps pour pratiquer la médecine générale
	c'est intéressant dans les EHPAD
	A priori je préfère avoir le patient en face de moi et pouvoir l'examiner vraiment. La palpation fait partie de l'examen clinique !
N/R	je le fais régulièrement dans le cas de demande de 2ème ou 3ème avis

Tableau 12: Commentaires des médecins ayant déjà testé les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise

Les médecins ayant déjà testé des systèmes de téléconsultation et/ou de téléexpertise étaient également plus positifs, puisqu'ils étaient plus de 73,33 % (44 médecins sur 60) à être prêts à les utiliser dans leur pratique quotidienne [Tableau 11]. Ils soulignaient leur intérêt pour éviter le transport des patients, en particulier en milieu carcéral, et pour les consultations de dermatologie. Les limites étaient encore une fois financières, de temps, et liées à un examen clinique incomplet [Tableau 12].

Cabines de télémédecine	Oui	Non	N/R
Les avez-vous déjà testés ?	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	10 (83,33%)	2 (16,67%)	0 (0%)
Nombre de commentaires	3	1	0

*Tableau 13: Volonté d'utiliser les **cabines de télémédecine** dans la pratique médicale quotidienne et nombre de commentaires des **médecins les ayant déjà testés***

Commentaires sur les cabines de télémédecine "Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? "	
OUI	Meme remarque [« Se pose le problème de la valorisation de ces actes »]
	Je suis médecin coordonnateur dans le groupe Korian et nous sommes actuellement en relation avec les concepteurs de cette cabine pour éventuellement la tester dans 1 ou 2 EHPAD. La limite actuelle est d'essayer de l'adapter à un examen gériatrique standar
	je suis de plus médecin coordonateur sur 2 EHPAD dans L'AUBE et nous sommes équipés de valises spécifiques de TELEMEDECINE en partenariat avec le Centre 15, et en particulier les ECG, les constantes classiques , des images video etc...qui seront analysées
NON	je suis en général pas tres favorable au suivi précis en EHPAD car passer du temps en s'éloignant du soin de ceux qui sont en activité et opérants me semble périlleux en période de crise économique. il y a suffisamment de coordonateurs salariés (et très bien payés pour le SMR)

*Tableau 14: Commentaires des médecins **ayant déjà testé les cabines de télémédecine***

Chez les médecins ayant déjà testé les cabines de télémédecine, ils étaient 83,33 % (soit 10 médecins sur 13) à être prêts à les utiliser dans leur pratique quotidienne[Tableau 13]. Les

commentaires [Tableau 14] nous montrent qu'il s'agissait de médecins coordinateurs de maisons de retraite qui étaient en cours de procédure pour les installer dans leurs établissements. Nous n'avions qu'un seul commentaire provenant d'un médecin ne souhaitant pas utiliser ce dispositif en pratique courante mais l'ayant testé. Il nous faisait part d'une opinion inattendue : il ne souhaitait pas développer cette pratique car il considérait que ce n'était pas le travail des médecins libéraux de s'occuper des personnes âgées dépendantes en institution...

7. Résultats en Alsace

Afin de comparer nos résultats avec ceux de l'étude que nous avons menée en mars 2014 en Alsace dans le cadre d'un mémoire de DES, nous nous sommes intéressés aux réponses des praticiens d'Alsace à la question « Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? » [Illustration 12].

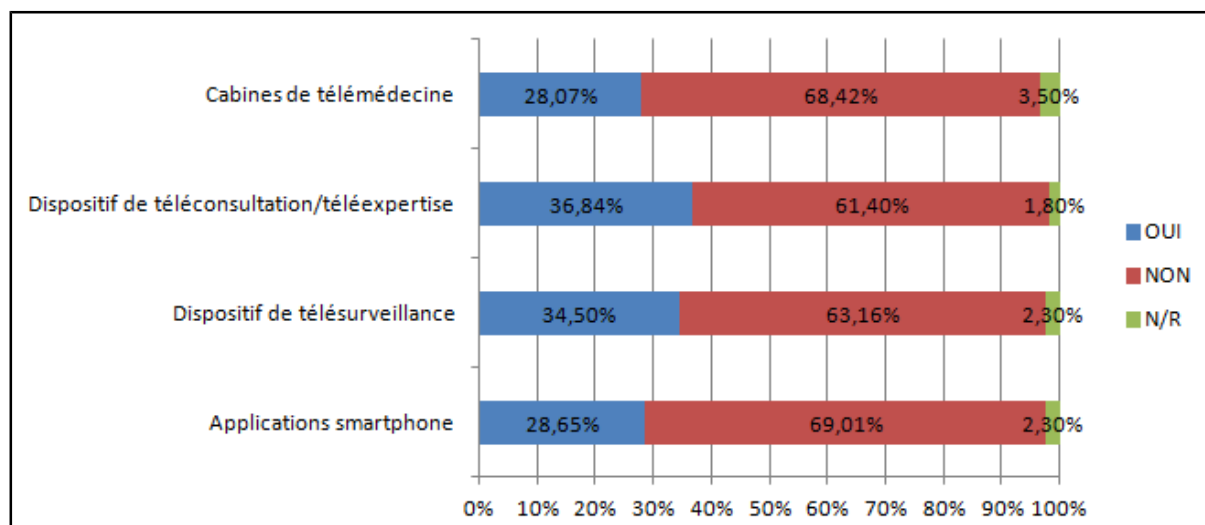


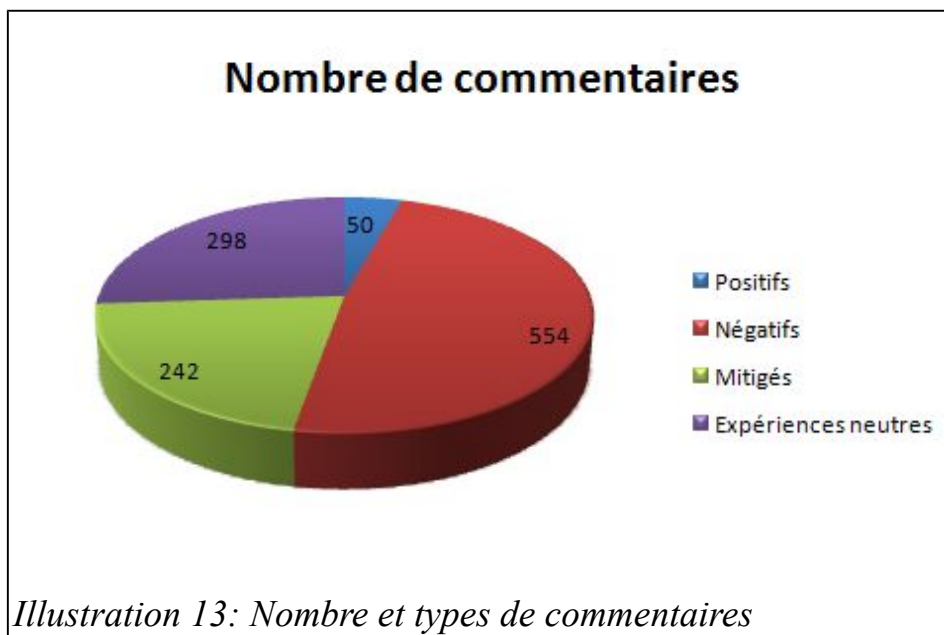
Illustration 12: Résultats en Alsace : Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ?

8. Analyse qualitative : Analyse lexicale et thématique

1144 médecins ont rédigé des commentaires libres, soit 48,66 % des personnes ayant répondu à notre enquête. 298 commentaires concernaient uniquement des expériences relatées, de manière neutre, sans argumenter les réponses aux questions et sans donner leur opinion. Les autres commentaires, au nombre de 846, se répartissaient en commentaires positifs, négatifs, ou mitigés [Illustration 13].

Si l'on tient compte uniquement des 846 commentaires exprimant une opinion, les

commentaires positifs y étaient représentés à hauteur de 5,91 %, les commentaires mitigés à 28,60 %. Les commentaires négatifs représentaient quant à eux 65,48 % des commentaires exprimant une opinion.



a) Commentaires positifs

Les commentaires franchement positifs étaient en large minorité : ils étaient au nombre de 50, soit 4,37 % des commentaires [Illustration 13].

Les commentaires soulignaient l'intérêt de la télémédecine dans les zones où la densité médicale est faible (« *Intérêt dans la prévention secondaire en zone sous médicalisée* ») ou pour les patients à faible mobilité ainsi qu'en EHPAD (« *c'est bon pour les grandes villes, où la proximité et le temps de déplacements sont difficiles, cela peut aider* » ; « *interessant pour les patients ou les medecins ne pouvant se déplacer* » ; « *Pour les patients que j'ai en EHPAD, et qui sont éloignées du cabinet, cela peut être intéressant.* » ; « *TOUT CELA ME SEMBLE TRES ALLECHANT, en particulier pour les personnes à mobilité compliquée, milieu carcéral, patients hospitalisés ou en EHPAD, ou en déplacement * Tout cela est passionnant, ce n'est que le début, prenons vite le train en marche. Bien que presque atteint par la limite d'age et la santé je reste toujours tenté par les innovations.* ») ou dans le cadre de l'urgence et de la permanence de soins.

Le développement et l'amélioration de réseaux de soins seraient permis par la télémédecine (« *Intérêt dans la mobilisation et la reactivité des réseaux de soins* »). Elle pourrait avoir un intérêt dans l'éducation thérapeutique et pour l'auto-surveillance, par le biais des applications

smartphone (« *ce dispositif peut nous faire gagner beaucoup de temps ds les enquêtes que nous faisons ds les problèmes de poids, hta, diabète etc..* »).

Le plus grand intérêt de la télémédecine, selon les médecins ayant laissé des commentaires libres, semblerait résider dans la téléexpertise (« *Grand interet pour des consultations à distance pour avis d'expert* » ; « *Cette consultation spécialisée entre confrère paraît être une solution d'avenir* »), en particulier dans le domaine de la dermatologie (« *Ce dispositif permet une excellente prise en charge des plaies, ulcères, escarres, pour laquelle nous sommes en général mal formés, de même que les infirmières.* » ; « *Les plaies d'ulcères chroniques justifie un avis speculisé avec des patients peu mobilisables* »), de la cardiologie (« *pour les insuff cardiaques cela peut faire gagner du temps au malade lors du début d'1 oap et sans doute sauver des vies (utile surtout pour la nuit!!)* » ; « *plusieurs de mes patients en ont bénéficié notamment pour enregistrement holter rythme sur de longue période ou surveillance de leur défibrillateur. A mon sens c'est très positif.* ») et dans le domaine de l'ophtalmologie pour l'interprétation de rétino-graphies à distance (« *je serai plus intéressé par le retinographe du fait des délais de consultations OPH et du nombre croissant des diabetiques* »). Celle-ci est d'ailleurs le seul acte ayant déjà été officialisé dans la nomenclature de cotation des actes, comme nous l'avons expliqué plus haut.

D'autres domaines d'applications étaient proposés par des médecins spécialistes (non

généralistes) : en anesthésiologie et en chirurgie pour des consultations pré-opératoires (« CS pré anesthésique? Bonne idée car évite un déplacement inutile au cabinet. Conditions de transport très souvent pénibles pour ces patients. Nous pouvons demander des examens complémentaires et après leur collecte recevoir le patient et établir une stratégie de prise en charge. » ; « Permettrait de faire des CS préopératoire sans obliger le patient à se déplacer. Certains font plus d'une heure de route pour venir nous voir 15 mn (et retour ...) ») et en gynécologie-obstétrique, tant pour de la télésurveillance que pour des téléexpertises (« Le télémonitoring fœtal à domicile s'inscrit peut être dans cette catégorie. Il est utilisé par de nombreux établissements en routine et rends bien des services. » ; « Je suis souvent sollicité pour simple avis dans ma pratique [gynécologie], pour rassurer ou guider. J'utilise internet. Ce type de pratique pourrait m'intéresser++ »). En rhumatologie, bien que l'examen clinique en lui-même soit compliqué à distance, le suivi de certaines pathologies, notamment par le biais de scores ou d'échelles, serait envisageable (« en rhumatologie on pourrait utiliser une télétransmission pour transmettre toutes les semaines des données comme l'auto évaluation du DAS 28 dans les Polyarthrites Rhumatoïdes. » ; « les exemples proposés ne correspondent pas à notre exercice professionnel de rhumatologue. Toutefois, la transposition de ce genre de pratique au suivi de nos rhumatismes inflammatoires chroniques (patients sous Methotrexate et biothérapie) dans l'intervalle de consultations de bilan clinique mériterait peut être réflexion. » ; « C'est un outil

qui sera révolutionnaire pour la médecine notamment en ce qui concerne la rhumatologie pour le suivi et l'évaluation et la surveillance de certains rhumatisme inflammatoire PR SPA etc... »)

D'autres médecins étaient moins enthousiastes pour une utilisation quotidienne mais concédaient un intérêt certains dans des cas extrêmes et en dépannage (« *Le dispositif a montré son intérêt quand l'examen clinique par un médecin est impossible (navire sans médecin, etc.).* » ; « *Pour moi il s'agit d'une médecine occasionnelle de dépannage d'urgence quand une consultation n'est ni possible ni vitale.* »).

Quelques médecins voyaient dans l'informatisation de la médecine un intérêt financier et un gain de temps (« *que de temps gagné , de désagréments en moins pour le patient (déplacement , consultation appropriée) et du moindre coût !* » ; « *Interet économique:pas de frais de transports* ») bien que sur ces deux aspects les commentaires négatifs fussent bien plus nombreux et virulents.

Enfin, d'autres commentaires faisaient un éloge plus global de la télémédecine et montraient la motivation de certains à promouvoir cette nouvelle pratique, la considérant comme un progrès évident (« *Tous ces dispositifs sont , à mon avis, l'avenir de la médecine lié au perfectionnement des outils et à la pénurie de médecins... Je suis prete a utiliser ce type de dispositifs et meme à en favoriser le développement aux Antilles en commençant par la Martinique Les besoins sont immenses "* » ; « *Il est impératif de vivre avec son temps et d*

améliorer la pratique médicale même si cela nécessite de nouveaux comportements et de nouveaux modes de rémunération»). En plus de palier le manque de médecins, elle contribuerait même à l'amélioration de la santé (« *La collecte des données de santé est une bonne chose et permet d'anticiper les pb et décompensation.* » ; « *tous ces dispositifs peuvent être un + intéressant au suivi des patients* »).

b) Commentaires négatifs

Les commentaires négatifs étaient de loin les plus nombreux. Ils étaient au nombre de 554 et représentaient 48,43 % des commentaires [Illustration 13]. Il s'en dégagait de nombreux thèmes, montrant la diversité des craintes et des hostilités envers la télémédecine.

Parmi eux, le temps était le plus souvent cité. En effet, la crainte d'une perte de temps engendrée par l'informatisation de la médecine était citée dans la plupart des commentaires. Le champ lexical du temps comprenait les mots "heure", "chronophage", "débordé". Ces trois mots, ainsi que le mot "temps" étaient utilisés 294 fois dans les commentaires libres [Tableau 15]. Cette notion était abordée seule (« *manque de temps+++* » ; « *je doute de la viabilité de ces systèmes chronophages dédiés uniquement aux oisifs!* » ; « *Si ça s'ajoute à la quantité de travail journalière et qu'on se retrouve à faire cela le soir en fin de consultation, ça risque d'amplifier de*

manière non négligeable le temps de travail», ou mise en balance avec la rémunération. «*évaluation du temps de télémedecine ? nous faisons déjà beaucoup de temps de médecine non rémunéré.* » ; «*Avec une grosse activité et une connaissance limitée de l'informatique j'y passerai encore plus de temps; et de plus, non, ou, mal payé!!* »).

Le problème de la rémunération était moins souvent abordée seule («*Comment cela est-il rémunéré pour les consultants ou les IDE ?* »).

Les questions d'argent ne concernaient pas toujours la rémunération du médecin. Le coût pour la société, engendré par le matériel et la formation, était une inquiétude qui revenait régulièrement.

Le champ lexical de l'argent comprenait d'une part la rémunération des médecins, avec les mots «*rémunération*», «*paye*», «*tarif*», «*cotation*» qui étaient mentionnés 127 fois, et d'autre part le coût général, avec les mots «*prix*» et «*coût*» qui apparaissaient 65 fois [Tableau 15].

La télémedecine était considérée comme trop coûteuse pour la société («*Je suis très inquiète du cout de la télémedecine par rapport au bénéfice que l'on peut en attendre.* »), et être de ce fait une mauvaise réponse à la désertification médicale. Les médecins proposaient de renforcer les moyens humains plutôt que de s'orienter vers la technologie pour améliorer les problèmes d'accès à la médecine («*l'humain coûtera toujours moins cher que la technologie* » ; «*Ne pourrait-on pas former plus de médecins plutot que tout cet investissement?* » ; «*Ne serait-il*

pas plus rentable de revaloriser les consultations longues de suivi de ces patients par le praticien soit disant pivot qui les connaît le mieux ? ». Cette solution aurait l'avantage de ne pas déshumaniser la médecine, critique revenant de façon récurrente dans les commentaires. Les mots se rattachant au “contact”, à la “relation”, à l’ “humain”, étaient retrouvés 231 fois, toujours en craignant une perte [Tableau 15].

Cette crainte de la perte du contact humain était évoquée sous deux angles : celui de la peur de passer à côté de certains diagnostics, du fait d'un examen clinique incomplet (*« la présence physique du patient et du médecin dans la même pièce me semble indispensable : pour la palpation abdominale, l'examen rhumatologique »*) mais aussi d'un manque de l'intuition que l'on peut éprouver au contact d'un patient (*« je suis frileuse à l'idée de ne pas être physiquement avec le patient, peur de passer à coté de certains signes, du "ressenti" global qu'on a en étant avec les gens »*). Et avant tout, la perte de la relation de proximité posait problème, tant pour le bien du patient (*« Les personnes, en particulier les plus âgées, ont besoin de contact et de chaleur humaine »*) que pour la satisfaction et l'épanouissement du médecin (*« Le contact médecin malade et son colloque singulier ont été ma plus grande gratification professionnelle » ; « sans contact humain direct ,la médecine ne m,interesse pas »*). Le “télémedecin” était comparé à un vétérinaire (*« Ça c'est bien pour la médecine veterinaire » ; « les vaches sont surveiller de la même façon ! ! ! »*), voire à un garagiste (*« on oublie la différence entre la médecine générale et*

la réparation des voitures . »).

Par ailleurs, les médecins ne voyaient tout simplement pas l'utilité de la télémédecine. Les mots "inutile", "pas utile" ou "gadget" revenaient 71 fois [Tableau 15]. Cette inutilité ressentie l'était pour plusieurs raisons. D'une part parce qu'ils n'y voyaient pas d'avantage par rapport au travail d'une infirmière, qui rassemble les données, prend les mesures et permet d'avoir un ressenti de la situation, en plus de la proximité physique rassurante auprès du malade (« *Les infirmières des EPAD donnent déjà les paramètres et reçoivent les consignes par téléphone portable* » ; « *Votre "cabine" s'appelait "IDE" (;-))* » ; « *en fait pour tous ces dispositifs de télÉX , ce sont les acteurs para-médicaux qui me contactent par téléphone portable pour me communiquer les données cliniques et paracliniques. J'ai l'impression que la télÉX ne fera que remplacer le téléphone comme outil de communication.* » ; « *Pour Le suivi de l'insuffisance cardiaque les patients ou des ide interviennent bénéficient souvent de ce genre de surveillance rapprochée et les ide nous appellent si besoin* »). D'autre part parce que le besoin ne s'en faisait pas ressentir, du fait d'une population médicale jugée satisfaisante, en particulier pour les médecins installés en milieu citadin (« *Je ne vois pas l'utilité. Je ne ressens pas le besoin par rapport à ma patientèle. Je suis en ville et ne fais que très peu de visites. Ce dispositif ne m'intéresse pas.* » ; « *médecin de proximité dans une commune de >10.000 habitants, à 5 minutes du centre hospitalier, je ne me sens pas concernée par ce genre de système.* »). La notion même de désert médical était remise

en cause : « *En plus je n'exerce pas dans un désert médical (notion d'ailleurs tout à fait sujette à caution dans un pays comme la France où 98 % de la population a accès à un médecin en moins de quinze minutes)* ». D'autres médecins encore ne se sentaient pas concernés du fait de leur spécialité (« *ne rentre pas dans le cadre de ma spécialité* »). C'était le cas principalement des gynécologues, des ORL et des rhumatologues, bien que certains médecins de ces mêmes spécialités aient souligné un intérêt potentiel dans certaines situations propres à leur spécialité, comme nous l'avons évoqué plus haut (suivi de rhumatismes inflammatoires, monitoring fœtal, consultations pré-opératoires).

Concernant les déserts médicaux, lorsque leur existence était ressentie comme réelle, la télémédecine n'était pas vue comme une réponse au problème, mais plutôt comme un moyen de pérenniser ces déserts par un cercle vicieux, la mise en place de « *palliatifs* » au manque de médecin amplifiant et nourrissant la pénurie (« *ces velléités d'expérimentation visent à combler les déserts médicaux, donc en fait à accompagner la désertification médicale en ne donnant pas les moyens physiques, humaines, matériels à l'existant...* »).

Par ailleurs, la technicisation du rôle de médecin était crainte, du fait d'une perte du contact humain comme nous l'avons déjà énoncé (« *Nous sommes déjà phagocytés par la technologie qui vient polluer le rapport humain* »), mais aussi du fait d'une perte de compétences spécifiques au corps médical (« *le médecin va être petit à petit dépossédé de sa compétence* » ; « *Pauvres*

patients! Pauvres médecins devenus de simples techniciens payés bientôt 2,3 la consult.... Quel avenir!!! »). Les médecins généralistes craignaient une disparition de leur rôle pivot dans la prise en charge des patients si la télémédecine oriente la pratique vers des réseaux de soins hospitalo-centrés (« *le but de cette télé médecine est , comme de nombreux autres projets et décisions, de faire disparaître le médecin de famille libéral. »* ; « *l' experience que j' en ai eu était initiée par l' hôpital en cas d' insuffisance cardiaque ; comme d' habitude , le medecin traitant était totalement écarté du système , ni sollicité , ni prévenu , bref "indésirable",le fameux "pivot »* ; « *c'est la fin du medecin generaliste et surtout de sa competence. a la fin il n'y a plus que l'hopital et des infirmieres adieu la medecine generale* »), voire une disparition du métier même de médecin (« *là on approche du délire des technocrates pour supprimer définitivement les médecins, un grand projet déjà commencé et qui ne sait pas quoi inventer pour être achevé!* » ; « *Je crains également que tous ces réseaux de surveillance par des infirmières ne nous dépouillent progressivement du cœur de notre métier. On va servir à quoi au final ?* »), peu à peu remplacé par des machines et des techniciens (« *j'imagine que tous ces dispositifs aboutiront à l'élaboration d'une "machine" qui établira le diagnostic et prescrira la thérapeutique, à partir d'une pression de l'index du "patient".... J'espère que cela prendra suffisamment de temps pour que vous puissiez exercer "ce beau métier"....* »).

Sans aller systématiquement jusqu'à la crainte d'une disparition de la profession, certains

craignaient une délocalisation de la médecine, pour des questions de rentabilité rendue possible par la distanciation entre le médecin et le patient (« *on peut tout sous traiter avec le magreb ou l'inde !!!comme pour réparer vos logiciels et appareils informatiques : je vois là la disparition à terme des médecins généralistes et donc de substantielles économie pour la sécurité sociale!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!* » ; « *La seule chose qui serait efficace en terme de coût serait de délocaliser tout les professionnels au maroc...pour soigner les gens au moindre coût à distance(les américains le font déjà pour l'analyse des clichés IRM,mais les ricains ne brillent pas par leur efficience coût,et efficience pas loin de certains pays sous développés.* ») et de ce fait une baisse de la qualité de la médecine pour arriver à une « *médecine low coast* » (« *C'est la porte ouverte à la délocalisation : concurrence à tous prix, nivèlement par le bas, aggravation des inégalités. La triade classique du libéralisme européen.* »).

Certains médecins s'étaient intéressés à la question, s'étaient documentés et doutaient du bénéfice global de cette nouvelle pratique du fait d'un manque d'études prouvant la réelle efficacité de ces dispositifs (« *je lisais récemment dans une revue médicale qu'il faudrait 10 paramédicaux pour se substituer à un médecin généraliste libéral,il n'y aucune évaluation du bénéfice de telles applications,une étude HAS récente sur les pôles de santé qui concentrent les aides de telles expérimentations,montre qu'elles n'améliorent pas les pratiques,que le coût global n'est pas moindre...* »). Quelques praticiens ayant pu avoir une expérience ou un aperçu de

certains dispositifs présentés émettaient des doutes quant à l'efficacité des systèmes mis en place.

« Je ne l'ai pas testé personnellement, mais un de mes patients a été mis sous surveillance par St ETIENNE et depuis je ne le vois plus, et il passe systématiquement par les urgences, de quoi les désencombrer?????? » ; « J'ai écrit 2 fois un commentaire sur insuff cardiaque cardioauvergne, mais rien : pas de reponse cardio , ni dossier medical correct .. »).

Dans un tout autre registre, l'excès d'informations et de données accumulées au sujet d'un patient semblait faire courir le risque d'un travail d'analyse colossal, posant une fois de plus le problème du temps imparti *« On croule déjà sous les informations, alors encore en +..... » ; « si on doit le soir contrôler tout en tas de données qui arrivent de partout , alors non » ; « attention afflux d'informations qui deviennet de ce fait non utilisables en pratique. voire dangereuses. »).*

Ceci était évoqué principalement au sujet des applications smartphone.

Toutes ces informations accessibles en permanence par le médecin en gênaient certains pour son aspect de surveillance excessive. Ils y voyaient une sorte de *« flicage »* *« Je ne suis pas flic, je suis médecin, le patient me confie SA vérité. »* et une atteinte à la liberté *« Et la liberté bon sang ! je ne veut pas être un garde chiourme! »*. D'autres y voyaient un maternage excessif, délétère pour la propre prise en charge du patient et sa responsabilisation *« Je suis contre l'espèce de maternage au fil de l'eau des patients (à la manière des mamans angoissées qui fliquent leurs enfants partout ou ils vont). pas sur que ce maternage soit constructif et fasse grandir le patient.*

Nous redéfinissons ici le soin non plus comme une source de croissance mais comme une assurance Vie toute catégorie déresponsabilisant le patient et en l'infantilisant. ». La référence au nazisme ou au livre "1984" de George Orwell revenait seize fois [Tableau 15]. Il s'agit d'un roman d'anticipation publié en 1949 et dépeignant un régime totalitaire où tout est contrôlé, surveillé, et où les libertés sont bafouées ⁷⁰ (« *telesurveillance =big brother , 1984 , une médecine orwellienne* »; « *Aspect "Big brother" : le patient perd une grande partie de son autonomie* »).

De plus, le système d'automesures directement envoyées au médecin serait anxiogène pour certains patients (« *je pense que l'obsession des mesures engendre anxiété et hypochondrie* ») et risquerait de mener vers des dérives de l'ordre de la sur-sollicitation du médecin (« *le harcèlement informatique en sus du harcèlement téléphonique, administratif... etc !!!!* » ; « *on est l'esclave de ses patents 24 h / 24* ») ou de l'utilisation de ce système pour éviter une consultation classique (« *il y aura forcément abus des patients pour ne pas venir consulter PHYSIQUEMENT.* »)

La surmédicalisation du quotidien était un autre point négatif relevé, du point de vue du ressenti du patient (« *trimbaler" une telle quantité de données c'est vraiment alourdir le poids de la pathologie ressentie par le patient. La priorité c'est la qualité de vie du patient et non pas un vie "normée"* »). Elle paraissait être assimilée à un acharnement thérapeutique dans certains cas (« *il faut arrêter l'hospitalisation de la vie quotidienne des gens ! Laissons-les vivre ... et mourir !* »).

L'aspect médico-légal était une source d'inquiétude. Nous avons déjà parlé du risque d'erreurs lié à un intermédiaire entre le patient et le médecin rendant l'examen moins précis (« *Tres dangereux car necessite beaucoup de temps et de precaution pour éviter des erreurs* »). Se posaient aussi les questions de responsabilité en cas de dysfonctionnement du dispositif (« *Gros probleme medico legal si les résultats montrent des anomalies que le MT ne voit pas a temps...* » ; « *responsabilité médicale ? En effet quelle sera la réaction des tribunaux notamment vis-à-vis des médecins utilisateurs de ces techniques en cas de problème ?* ») et de la prise en charge par les assurances (« *actes pris en charge par nos assurances professionnels??* » ; « *Qui est responsable si l'infirmière n'avertit pas le médecin, nos assurances vont- elles augmentées?* »).

Dans le registre médico-légal, le respect du secret médical faisait également partie des inquiétudes, avec un risque de mise en défaut des systèmes de sécurité informatique (« *Pb de protection des données? Utilisation détournée par assurances??* » ; « *je crains la dérive d'un contrôle possible d'organismes d'assurances... qui pourraient majorer leurs primes en cas de non respect des conseils donnés* »), surtout dans le contexte actuel de scandales de détournement d'informations (« *cela soulève un problème éthique sachant ce qu'est la sécurité informatique actuellement* »).

D'autres problèmes potentiels étaient énoncés dans les commentaires :

- des dispositifs inadaptés à certaines populations, faisant pourtant partie des patients ciblés. C'est

le cas pour les cabines de télémédecine, qui peuvent être difficiles d'utilisation pour des patients aux capacités physiques et cognitives altérées (« *J'espère que le patient en question n'a pas de Parkinson, d'alzheimer et qu'il a l'esprit plus ouvert que moi. Quand un voir comment les ap ont du mal a chercher de l'argent au distribanque alors qu'il n'y a plus de guichetier, on peut légitiment s'interroger sur la faisabilité de ces consults!* » ; « *il ne faut pas être claustrophobe...* »), mais aussi pour les applications smartphone, destinées aux patients souffrant de pathologies chroniques, souvent âgés, ne possédant pas de smartphone et étant souvent peu à l'aise avec l'informatique (« *il me semble que ce type de dispositif ne peut être utilisé que par des patients bien cortiqués et que c'est un autre type de profil de patients qui en aurait le plus besoin* »).

- des problèmes techniques liés à l'informatique, à l'inhomogénéité de l'accessibilité à internet (« *les portables sont peu et mal couverts l'ADSL à 550 K ne permet pas grand chose* » ; « *Faut la fibre :je suis dans un bled de La Réunion et n'ai qu'un débit de 500K* »)

- une lourdeur des procédures (« *Ca semble un peu lourd sur le plan logistique pour un avis ponctuel ou une surveillance.* ») et un problème de disponibilité des interlocuteurs (« *Mais comment les mettre en place quand joindre un spécialiste hospitalier relève du parcours du combattant? Et sur qui brancher le MG?????????* »).

Parfois, l'obstacle était tout simplement une inappétence pour l'informatique, une impression d'être inadapné aux nouvelles technologies (« *Je suis très peu "branché" sur ces technologies* » ;

« Je pars à la retraite prochainement et j'avoue ne pas m'intéresser à ces évolutions » ; « Je n'ai aucune affinité avec l'informatique et les techniques modernes de communication (portable, internet); je les subis »).

Mots / Racines	Nombre de citations
Temps, Heure, Chronophage, Débordé	294
Déshumanisation, Humain, Relation, Contact	231
Rémunération, Paye, Tarif, Cotation	127
Examiner, Clinique	88
Gadget, Inutile, Pas utile	71
Coût, Prix	65
Médico-légal, Responsabilité	56
Peur	16
Flic, Big brother, Orwell, 1984, Nazi	16
N'importe quoi, Connerie	12
Secret, Confidentialité	8
Fiabilité	8
Dérive	7

Tableau 15: Champ lexical négatif

c) Commentaires mitigés

Les commentaires dont l'opinion était mitigée étaient au nombre de 242, soit 21,15 % de l'ensemble des commentaires [Illustration 13]. Ils étaient souvent rédigés au conditionnel (« *Cela serait intéressant à tester, sous réserve d'une certaine lourdeur administrative.* »). Ils ne sont pas foncièrement opposés à la pratique de la télémédecine, pensent qu'elle mérite d'être essayée (« *a découvrir et juger de leur fiabilité* ») mais sous certaines conditions, avec des réserves. Ces conditions sont intéressantes à analyser afin de comprendre les critères d'acceptation de cette nouvelle pratique dans l'exercice médical.

La première condition était le dégagement de temps dédié à la télémédecine, qu'elle n'ajoute pas une charge de travail supplémentaire (les médecins insistaient en effet sur leurs journées déjà chargées et l'impossibilité d'y ajouter un travail supplémentaire, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut), et une rémunération à la hauteur du temps passé (« *Oui mais à condition qu'il existe un temps dédié à l'analyse et que ce ne soit pas une couche supplémentaire.* » ; « *Oui à condition que cela ne représente pas un surcout financier pour le cabinet médicalles* » ; « *Sous réserve d'une rémunération correspondante* »).

Les dispositifs doivent être facile et rapide d'utilisation (« *à condition que ce soit SIMPLE* » ; « *suivant aisance et facilité de connexion aux serveurs, de simplicité d'usage* ») et une formation

adaptée mise en place afin que l'utilisation soit plus aisée et ciblée (« *Si formation accessible et adapter à notre activité* »).

L'intérêt d'études sérieuses et objectives sur le sujet était souligné, afin de donner de la crédibilité aux dispositifs, tant sur leur efficacité que sur leur fiabilité, leur coût, et la qualité de la prise en charge des patients. (« *Si on prouve que ça apporte vraiment un plus pour le patient, sans trop le "médicaliser", peut être...* » ; « *Attendre de façon objective les résultats des expérimentations (intérêt d'une expertise externe sans conflit d'intérêt)* »).

D'autres suggéraient de reporter l'utilisation de la télémédecine à un futur permettant le développement d'une meilleure technologie et de fait une meilleure efficacité (« *aucun intérêt à ce jour - il faut attendre que ça se développe, que ce soit plus pointu et perfectionné* »).

D'autres encore préconisaient une utilisation parcimonieuse de la télémédecine, à n'utiliser que dans quelques rares situations (« *A ne réserver que pour les cas extrêmes : marins en mer etc. ...?* » ; « *Je ne testerais cela que pour les personnes habitant très loin du cabinet médical, en dépannage (en cas d'impossibilité pour elles ou pour moi de se déplacer) Cela ne serait pas non plus systématique* ») ou pour des patients bien ciblés (« *Très intéressant pour des patients bien connus du médecin et à utiliser de façon ponctuelle.* »). Le raisonnement était parfois poussé à l'extrême (« *Des consultations pour la Médecine de la Navette Spatiale ou pour l'Expédition sur Mars justifieraient une telle pratique , mais pas actuellement* »).

Le respect du rôle central du médecin généraliste dans ces réseaux de soin était important pour ces derniers (« *cela n'a d'intérêt que si tout cela arrive au médecin traitant.* » ; « *Ce travail demande à être fait en équipe pluridisciplinaire. La synthèse doit être faite de façon mensuelle par le médecin généraliste. Le généraliste doit rester la base du système. Donnons lui les moyens.* »).

Une utilisation uniquement entre confrères était jugée plus judicieuse (« *seulement si données transmises par un professionnel de santé: kine, IDE, pas par le patient lui-même* »). Ceci permettrait de limiter les problèmes des populations ayant des difficultés à utiliser le matériel et les nouveaux outils de communication.

Mais le fatalisme l'emportait chez certains médecins (« *En fait il n'y aura pas le choix.* » ; « *deviendra indispensable en raison de la désertification médicale, formons d'abord des praticiens de terrain aimant la médecine générale et renonçant au salariat qui termine à 16 h* »).

d) Commentaires par mail

Nous avons reçu des retours par mail de personnes nous signalant qu'elles n'exerçaient pas ou plus en libéral (47 mails), ou qu'elles étaient à la retraite et de ce fait ne répondaient pas à l'enquête (26 mails). Deux personnes ont pris le temps de nous écrire pour nous expliquer qu'ils

n'avaient pas le temps de répondre car ils recevaient trop de questionnaires de ce type (« *nous sommes envahis et saturés par ce type de demande, par mail* »).

Les encouragements étaient nombreux, certains proposaient des références, des thèses ou des expériences pouvant être intéressantes au sujet. Certains souhaitaient compléter les commentaires du questionnaire, pour appuyer leur peur de l'évolution de la médecine, ou exprimer plus globalement leur point de vue (« *J'ai envie de vous laisser mon commentaire sur le fond à propos de la télémédecine en général, que je n'ai pas du tout envie de pratiquer, et dont je n'aimerais pas être le patient.* » ; « *Un conseil cassez vous...* » ; « *ne vous egarez pas dans votre jugement. la verite est là... il ne s agit pas d offrir un meilleur suivi a mamie dans son altersheim, mais de faire croire a la population qu elle paie des impots pour quelque chose* »).

Certaines personnes, intéressées, demandaient des renseignements sur les dispositifs disponibles dans leur région.

9. Analyse qualitative : Analyse linguistique

L'analyse linguistique permet de comprendre des éléments du langage transparaissant moins dans les mots que dans la forme, les tournures de phrase, la syntaxe. Ici, ce qui était flagrant était le maniement de l'ironie, de l'humour, de la ponctuation, des majuscules et l'utilisation de la

deuxième personne du pluriel dans le discours.

a) L'ironie

L'ironie était fréquemment maniée. Elle était présente quasiment exclusivement dans les commentaires négatifs. Elle permettait de faire passer un message de façon amusante, rendant la lecture plus ludique, mais leur analyse était plus délicate que les commentaires classiques.

Elle était parfois utilisée avec humour, pour mettre l'accent sur l'absurdité des dispositifs présentés (« *C'est amusant, ça me rappelle une machine que nous avons inventée il y a quelques années : le « Diagno-stikator » C'est une cabine où le patient s'assoit, il y a un trou pour le bras pour prendre la tension, une ceinture pectorale pour l'ECG et l'auscultation, une fente pour la carte vitale et une autre fente pour la carte de crédit. L'ordonnance est délivrée en moins de 5 mn. On peut installer 2 ou 3 cabines pas salle d'attente, rentabilité assurée dès la première année. Un modèle « spécial maladies vénériennes » est à l'étude avec orifice spécial pour les hommes et endoscope pour les femmes. »).*

D'autres fois c'est l'indignation qui était exprimée par le biais de l'ironie (« *Et puis quoi encore on va leur proposer les repas par une machine qui déversera la soupe depuis le plafond de leur chambre ?* »).

Elle était parfois utilisée en auto-dépréciation pour marquer l'inadéquation entre les systèmes proposés et la réalité des individus (« *Je suis un dinosaure monosynaptique et j'ai besoin de sentir, de toucher, de ressentir, de palper, et tout cela n'est pas possible avec la télésurveillance, la présence d'un tiers peut apporter mais aussi empêcher une certaine communication. Je persiste et signe : Le Dinosaur.* »)

Le côté dématérialisé de la télémédecine était également dénoncé en utilisant l'ironie (« *On se rapproche peu a peu de IA (Intelligence Artificielle) de Spielberg. c..ontac.t Hu..mains diffi..cile Panne reseau Veui..llez re-initiali..ser vos mes..ures Prendre la Tension est aussi sinon surtout prendre attention. Je crains le manque d'empathie de l'apareil ...! Mais peut etre que... » ; « Appelez moi Dr Robot »*)

b) Des mots virulents

L'utilisation de mots grossiers venait étayer le discours de telle manière qu'elles laissaient transparaître une révolte contre l'évolution de la médecine et plus globalement de la société. Les mots “connerie”, “cons”, “foutaise”, “m...”, jalonnaient certains discours virulents (« *Il faut n'avoir jamais pratiqué de consultation ou avoir une humanité totalement débranchée pour imaginer une pareille connerie* »).

La comparaison de la télémédecine au nazisme était particulièrement violente. Cette comparaison revenait dans 3 commentaires (« *votre telemedecine c est l' alienation de l' humain , l' envers d' Hippocrate , le triomphe d'une medecine nazie deshumanisée , le visage medical de la barbarie qui vient , dans les chariots du Front Nazi (FN).* » ; « *Philosophiquement identique au nazisme* »).

De vives émotions étaient rapportées, allant de la tristesse à la colère (« *QUELLE TRISTESSE!!* » ; « *Cette évocation de la médecine virtuelle, qui témoigne du degré de déliquescence de notre société me met en colère.* »), en passant par la révolte (« *Je vois par ailleurs dans ces visées de télémédecine transparaître toute la considération que nos "décideurs" ont pour l'aspect humain de la gestion de leur troupeau d'électeurs... Révolution!* ») et la peur (« *Les repas sont ils servis de la même façon? Franchement, j'ai peur de la fin de ce siècle...même si c'est tentant d'avoir des réponses immédiates à nos questions. Les patients mourront sinon guéris, en tout cas diagnostiqués, peut être suicidés* »). Le mot “peur” était d'ailleurs cité 16 fois dans les commentaires [Tableau 15].

D'autres mots forts étaient utilisés : certains dispositifs étaient assimilés à de la maltraitance (« *Ce genre de cabine me semble relever de la maltraitance* »). Deux médecins appelaient au secours devant l'énoncé des dispositifs (« *ABERRANT !! Au secours ; on fait de la médecine, pas ces conneries !! N'importe quoi !!!* »).

c) La ponctuation

La ponctuation joue un rôle important dans la signification des commentaires. Les points d'exclamation et les points d'interrogation témoignaient d'émotions forte, d'une stupéfaction ou, encore une fois, d'une indignation (« *Les patients sont des humains!!!! Que faites vous de la relation humaine???? Pauvres patients! Quel avenir!!* »).

Les points d'exclamation étaient utilisés 282 fois, dans 164 commentaires, dont 87 fois par succession de 2 à 30 points d'exclamation accolés.

Les points d'exclamation étaient utilisés en majorité dans les commentaires négatifs : sur les 164 commentaires contenant des points d'exclamation (soit 14,34 % des commentaires), 110 concernaient des commentaires négatifs (soit 19,86 % des commentaires négatifs), 38 concernaient des commentaires mitigés (soit 15,70 % des commentaires mitigés), et 8 concernaient des commentaires positifs (soit 16 % des commentaires positifs). Ils apparaissaient seulement 8 fois dans les commentaires relatant une expérience neutre, soit 2,68 % de ces commentaires.

Les points d'interrogation quant à eux étaient utilisés 360 fois dans les commentaires (soit 31,47 % des commentaires), dont 57 fois par succession de 2 à 8 points d'interrogation accolés.

d) La casse

L'utilisation des majuscules dans les commentaires donne l'impression que l'interlocuteur crie. Ce cri peut évoquer la colère, le désespoir ou l'effroi. (« *LA CE N'EST PLUS LAMENTABLE, C'EST CARRÉMENT TRISTE.* » ; « *DESHUMANISATION TOTALE DE LA MEDECINE VISION UNIQUEMENT CHIFFREE DE LA SANTE INITIATION A BIG BROTHER LHOMME N'EST PLUS QU'UNE SOMME DE CHIFFRES ET D'IMAGES ET A QUEL PRIX!* »)

Les majuscules étaient utilisées pour mieux faire passer un message, ou poser une condition *sine qua non* (« à condition que ce soit *SIMPLE* » ; « *UNIQUEMENT SI PAS DE TRAVAIL AJOUTE à une journée déjà chargée* »), pour souligner un mot, appuyer un discours (« *il y aura forcément abus des patients pour ne pas venir consulter PHYSIQUEMENT.* »).

e) Utilisation de la deuxième personne

Les réponses étaient parfois tournées à la deuxième personne du pluriel, l'interlocuteur me destinant personnellement ces messages. Ils semblaient destinés à me faire réagir, que je prenne conscience des risques que comporte la télémédecine, afin que je ne commette pas l'erreur de m'orienter sur cette voie. Pour cela, ils faisaient les louanges de la pratique d'une médecine de

proximité, au contact des patients et pleine d'humanisme et me souhaitaient d'exercer de la même façon. (« *J'espère que cela prendra suffisamment de temps pour que vous puissiez exercer "ce beau métier"....* » ; « *désolé pour moi c'est de la m... surtout les jeunes ne vous engagez pas dans cette voie la médecine est un art !!!* » ; « *Personnellement je me "debranche" et vais de plus en plus à rebours de cette alienation, et cette richesse là que je partage avec mes patients , elle est incomparable : je vous souhaite de la vivre dans votre future carrière : vous ne la découvrirez que sur les chemins de traverse et pas sur les autoroutes des "tele-" de toute sorte* »)

D'autres étaient plus dans l'accusation, m'interpellaient et me considéraient comme faisant partie du système qu'ils critiquaient (« *bravo, vous êtes dévoilé, vous êtes partisan de la surveillance généralisée.* » ; « *et le rapport humain vous en faite quoi* » ; « *n'oubliez pas que la technique est chronophage! que pour le moment tout ce travail, matériel et responsabilité ne sont nullement pris en charge! tout est encore sur les épaules des médecins... n'oubliez pas que vos journées sont déjà complètement "bookées"! le surbooking vous guette!* »).

Certains me félicitaient de mener ce travail, même quand ils étaient opposés au développement de la télémédecine (« *sujet hyper intéressant, bravo* »).

f) Nombre de caractères

Si l'on ne tient compte que des 846 commentaires exprimant une opinion, nous constatons qu'il existe une différence de longueur dans les commentaires en fonction de leur orientation. Les commentaires mitigés étaient les plus longs, ils comportaient en moyenne 362 caractères par commentaire. Les commentaires négatifs en comprenaient 343, tandis que les commentaires positifs n'en comportaient que 288.

IV. Discussion

1. Discussion sur l'analyse globale

Cette étude avait pour but de connaître les pratiques et l'opinion des médecins libéraux français sur la télémédecine, d'évaluer si ces derniers étaient prêts à l'utiliser au quotidien, et quels dispositifs étaient acceptés ou non. L'analyse globale des tous les commentaires ne permettait pas de répondre directement à la question « pourquoi les médecins sont-ils prêts ou non à utiliser tel dispositif? », puisqu'elle n'était pas posée ainsi directement, mais a permis de fournir des éléments de réponse aidant à la compréhension des déterminants de l'intérêt ou non des médecins pour ces différentes pratiques.

Nous avons constaté que la majorité des médecins était opposée à l'utilisation de la télémédecine, surtout pour les applications smartphone et les cabines de télémédecine. Les opinions étaient plus mitigées concernant les dispositifs de télésurveillance, de téléconsultation et de téléexpertise, mais le “non” l'emportait tout de même.

La cabine de télémédecine en particulier soulevait de vives émotions, transparaissant dans les commentaires libres et les mails reçus. Le contraste des opinions entre le dispositif de cabine et

celui de téléconsultation/téléexpertise était frappant, d'autant plus que ces deux dispositifs présentent de fortes similitudes. Ils ont tous deux à peu de choses près les mêmes objectifs, mais la présentation diffère. Le mot même de “cabine” évoquait pour les médecins l'aliénation, l'isolement, la privation de liberté et d'humanité, à l'image de ce commentaire : *« ça me fait penser aux cabines d'isolement des malades mentaux en milieu psychiatrique avant la découverte des neuroleptiques votre telemedecine c est l'alienation de l'humain , l'envers d'Hippocrate , le triomphe d'une medecine nazie deshumanisée , le visage medical de la barbarie qui vient , dans les chariots du Front Nazi (FN) ».*

Les raisons invoquées au refus d'utiliser la télémédecine étaient en premier lieu le manque de temps à y consacrer et l'aspect chronophage de ces nouvelles techniques, la rémunération qui risquait de ne pas être suffisante, le coût de déploiement et de fonctionnement de tels dispositifs. Venaient ensuite la perte du contact humain, la distanciation de la relation médecin-malade, et la déshumanisation de la technique, quand certains patients ont particulièrement besoin de relation de proximité et de chaleur humaine. Les dispositifs semblaient inadaptés à certaines populations, les personnes âgées mais aussi les personnes étrangères, et les personnes peu familiarisées avec l'informatique. Cette critique était faite surtout pour les applications smartphone et la cabine de télémédecine. Le manque d'un examen clinique complet, avec absence de la palpation, était jugé dangereuse. Une baisse de la qualité de la médecine était

crainte, ainsi qu'une disparition du rôle de médecin généraliste, voire une disparition des médecins, ou une délocalisation de ceux-ci vers des pays où leur rémunération est moindre. L'aspect médico-légal posait question, avec des inquiétudes sur la responsabilité en cas de problème, et la prise en charge par les assurances.

La DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) a réalisé un travail sur l'aspect médico-légal de la télémédecine en mai 2012 ⁷¹ et concluait qu'au plan des responsabilités juridiques des professionnels de santé, rien ne change fondamentalement avec l'arrivée de la télémédecine. Les différents intervenants entrant dans la réalisation d'actes de télémédecine doivent rédiger des conventions afin de délimiter la nature précise de leurs engagements respectifs et les contours de leur responsabilité. Ces conventions permettent par exemple en télésurveillance de fixer la fréquence des relevés de données ou les compétences de la personne effectuant ces relevés et devant donner l'alerte. Il n'est pas envisagé de créer un régime de responsabilité spécifique, l'assurance responsabilité civile habituelle de chaque médecin est donc suffisante pour être couvert.

Les autres raisons d'une opposition au développement de la télémédecine étaient que l'utilité ne se faisait pas ressentir, ou le fait d'une inappétence des médecins pour l'informatique. La surveillance excessive au quotidien était dénoncée, avec des comparaisons parfois violentes au roman de G. Orwell, à une médecine vétérinaire et même au nazisme.

Des alternatives à la télémédecine étaient proposées, en particulier par un renfort de moyens humains, une augmentation du numerus clausus et une revalorisation des actes médicaux.

S'ils concédaient une utilité des dispositifs présentés dans certaines situations, leur utilisation devait rester parcimonieuse, et sous réserve d'une efficacité prouvée par des études sérieuses.

Les avantages soulignés étaient l'intérêt dans les zones sous-médicalisées, en particulier pour recourir plus rapidement ou plus facilement à des avis spécialisés (donc pour la téléexpertise), mais aussi en cas de difficulté de déplacement des personnes âgées ou dépendantes, en EHPAD.

Un intérêt dans le cadre d'une éducation thérapeutique était mentionné, surtout pour les applications smartphone.

Les commentaires positifs ou enthousiastes étaient largement minoritaires, puisqu'ils ne représentaient que 5,91 % des commentaires exprimant une opinion alors que les personnes prêtes à utiliser les dispositifs représentaient plus d'un tiers des réponses totales. Ceci pouvait être dû au fait que les personnes convaincues par ces dispositifs ne voyaient pas de justification à donner. Les personnes les plus opposées avaient tendance à laisser des commentaires plus longs afin de manifester leur mécontentement, leurs craintes ou leur révolte (les commentaires négatifs comportaient en moyenne 343 caractères par commentaires alors que les commentaires positifs n'en comportaient que 288).

Ces résultats sont concordants avec les résultats des études précédentes^{72, 73}. Cependant notre

étude apporte des précisions puisqu'elle ne se contente pas d'évaluer l'opinion des médecins sur la télémédecine en général. Nous avons fourni auparavant des explications précises sur le déroulement de quatre types de dispositifs très différents les uns des autres, permettant ainsi d'obtenir des opinions en se basant sur des connaissances plus concrètes. De plus, notre étude porte sur un large échantillon et à l'échelle nationale, ce qui est peu retrouvé dans la littérature.

Nous avons réalisé en mars 2014 une étude à l'échelle de l'Alsace, présentant le dispositif de téléconsultation et de téléexpertise uniquement, et demandions aux médecins s'ils seraient prêts à utiliser un matériel similaire dans leur cabinet. Les réponses étaient moins favorables que dans la présente étude. Les médecins y étaient favorables à 31,68 % et 36,63 % pour une utilisation respectivement en téléconsultation ou en téléexpertise, alors que dans l'étude actuelle elle est de 41,30 % pour le système de téléconsultation/téléexpertise indifféremment. Cependant, si l'on prend les résultats en Alsace de notre étude actuelle, les résultats restent identiques, soit 36,84 % d'avis positif pour le dispositif de téléconsultation/téléexpertise. Les opinions en Alsace n'ont donc pas évolué en 4 mois, et cette reproductibilité mérite d'être signalée.

Le taux de réponse globale au questionnaire était de 8,88 %. Malheureusement, du fait des erreurs techniques ce taux a été abaissé à 6,85 %. Ces taux correspondent cependant à l'ordre de grandeur des précédentes études menées avec la même liste de diffusion. Il était de 2 à 14 % selon les travaux et l'intérêt des médecins pour les sujets ^{74, 75, 76}.

2. Discussion sur le questionnaire

Les reproches qui nous ont été faits concernant le questionnaire en lui-même étaient de deux ordres : des textes trop longs à lire, ayant rebuté plusieurs personnes. Si les textes explicatifs avaient été plus courts nous aurions sans doute eu plus de réponses, mais il était difficile d'être plus concis sans perte d'information. En effet, le but de notre étude — et ce qui en faisait sa spécificité — était d'obtenir l'opinion des médecins sur des dispositifs précis et non pas sur des concepts vagues.

L'autre reproche était l'absence de possibilité d'une réponse mitigée aux questions fermées, du type “je ne sais pas”. Ceci pouvait être à l'origine du taux de non-réponse relativement important, allant jusqu'à 3,5 % pour certaines questions. Cela constitue un biais du fait d'une erreur de méthodologie.

En ce qui concerne les commentaires libres, le choix de laisser la possibilité d'en rédiger à chaque étape du questionnaire nous est apparu le plus judicieux puisqu'il permettait aux médecins d'apporter une justification des réponses aux questions fermées, un avis, une opinion, ou une remarque. Ces commentaires libres ont été regroupés pour l'analyse. Nous avons opté pour cette méthode suite aux résultats de la précédente étude, que nous avons réalisée au courant du premier trimestre 2014 dans le cadre d'un mémoire de Diplôme d'Études

Spécialisées. Le questionnaire diffusé comprenait également des questions fermées et ouverte, faisant l'objet d'une analyse quantitative et qualitative. Chaque question ouverte était analysée de manière indépendante. Nous avons alors remarqué dans cette étude que les questions ouvertes obtenaient des réponses très inégales. D'une part les réponses laissées n'étaient pas en rapport direct avec la question posée, mais elles consistaient en des considérations beaucoup plus générales, ou répondaient déjà aux questions suivantes. D'autre part, les réponses s'épuisaient au fur et à mesure du questionnaire : les premières questions ouvertes obtenaient des réponses fournies et détaillées, dépassant le cadre de la question, comprenant des commentaires plus généraux sur la médecine ou la télémédecine, alors que les suivantes étaient plus restreintes, souvent réduites à quelques mots, voire à l'inscription "idem" qui était difficilement analysable dans la mesure où les réponses étaient analysées indépendamment les unes des autres. Ceci constituait un biais non négligeable : les réponses quasi inexistantes aux dernières questions ne reflétaient vraisemblablement pas un intérêt moindre pour la question en tant que telle mais une lassitude de la personne interrogée qui avait déjà exposé toutes ses remarques dans les commentaires précédents. Une analyse globale nous est alors apparue comme induisant moins de biais. Elle permettait de comprendre les réticences et les attentes des médecins dans leur globalité. Les commentaires ont évidemment été replacés dans leur contexte pour ne pas biaiser l'analyse, certaines réflexions ne s'appliquant qu'à l'un des dispositifs présentés.

Le choix de proposer régulièrement un cadre de commentaires libres plutôt qu'un seul en fin d'enquête a été fait afin que la personne interrogée puisse écrire les commentaires au fur et à mesure qu'ils lui venaient à l'esprit, afin qu'aucune réflexion ne soit oubliée. Ceci permettait de ne pas perdre de contenu informatif précieux pour déceler la complexité de l'opinion des médecins vis-à-vis de cette nouvelle méthode de pratique de la médecine, qui suscite bien des avis contradictoires.

3. Discussion sur l'échantillon

Le problème informatique ayant empêché de conserver les 518 premières réponses est regrettable puisqu'il est à l'origine d'une perte de matière conséquente qui aurait pu être analysée et améliorer ainsi la taille de l'échantillon. Toutefois, cette perte est à relativiser puisque nous disposons malgré cela d'un échantillon important. En ce qui concerne l'analyse qualitative, nous estimons que les 1144 commentaires nous ont permis d'arriver à saturation des données.

De plus, elle n'est pas à l'origine d'un biais de sélection puisque l'ordre d'envoi a été fait de manière aléatoire. Il n'était en aucun cas lié à une appartenance géographique ; l'analyse n'en est donc pas perturbée.

Le fichier contenait une majorité de médecins libéraux mais pas uniquement. Il n'était pas

possible de comptabiliser précisément le nombre de non libéraux, mais le mail accompagnant le questionnaire permettait de rectifier les erreurs d'envois, en demandant à ces derniers de ne pas répondre. Malgré cela, 3 médecins non libéraux ont répondu mais en précisant leur mode d'exercice. Ils protestaient qu'ils avaient eux aussi leur avis à donner (« *Je suis PH.. Il n'y a pas que des libéraux..* »). Leurs réponses ont été supprimées de l'analyse, permettant d'éviter un biais.

Nous avons choisi de nous focaliser sur les médecins libéraux, car la télémédecine commence à se développer de plus en plus dans le milieu hospitalier mais reste à l'écart du monde libéral. Or, les médecins libéraux ont intérêt à s'approprier cette évolution afin qu'elle ne se fasse pas à leur détriment. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à l'intégration possible de cette technique dans la pratique libérale. D'autant plus que peu d'études se sont intéressées à l'application de la télémédecine dans l'exercice libéral.

L'échantillon est relativement bien représentatif de la population médicale française en termes d'âge et de sexe, mais il existe une sur-représentation des médecins généralistes par rapport aux spécialistes. Ceci est dû au mode de constitution du fichier de coordonnées, qui est nourri par des associations et syndicats de médecins généralistes.

D'autre part, le nombre de contacts présents dans le fichier a été relevé au moment de l'analyse, en août, soit un peu plus d'un mois après l'envoi du questionnaire. L'analyse en fonction des

régions a également été faite sur cette base. Entre temps, la constitution du fichier a pu évoluer, surtout par l'ajout de nouveaux contacts. Toutefois, sur un nombre aussi important de coordonnées, les modifications éventuelles ont probablement une faible influence sur les résultats de l'analyse.

4. Discussion sur la répartition géographique

L'échantillon n'est pas totalement représentatif de la population des médecins libéraux français, notamment au niveau de la répartition géographique. En effet, certaines régions sont largement sur-représentées dans le fichier de coordonnées, à l'image de l'Alsace pour laquelle plus de 98 % des médecins alsaciens figurent dans notre fichier de coordonnées. Ceci est dû au fait que la liste de diffusion a été élaborée à partir de données locales, fournies par des associations alsaciennes (l'organisme de formation FMC Action, l'APIMA (Association Pour l'Informatisation Médicale), dont les sièges se situent tous deux à Strasbourg et de l'organisme syndical FMF (Fédération des Médecins de France)), puis étayée par d'autres sources.

Il en est de même dans une moindre mesure dans d'autres régions. En Bretagne, Corse et Languedoc-Roussillon ce taux dépassait les 50 %. Ceci est expliqué par une bonne dynamique locale des structures alimentant le fichier. Il existe notamment des antennes locales et des

partenaires privilégiés des deux entités fournissant les coordonnées : un organisme syndical (FMF) et un organisme de formation continue (Fmc Action). Certaines régions sont *a contrario* sous-représentées, avec moins de 20 % de coordonnées pour les régions Limousin, Champagne-Ardenne, Poitou-Charente et Bourgogne, et ceci pour des raisons inverses. Il s'agit donc là d'un biais de sélection.

On constate que dans les études précédentes ayant utilisé le même fichier de coordonnées, ces résultats coïncident : le taux de réponse est plus important en Alsace, en Bretagne et dans le Languedoc-Roussillon ⁷⁷. La Corse en revanche était moins sur-représentée.

La sur-représentation de ces régions dans les réponses ne provient pas d'un taux de participation inégal mais d'une meilleure récolte de coordonnées dans ces régions.

En effet, le taux de participation est relativement homogène. Le pourcentage de médecins ayant reçu un mail et répondu à notre enquête est en moyenne de 5,58 %. Ce chiffre oscillait de 4,09 à 7,68 % en fonction des régions. Il paraît globalement moins important dans les régions où nous disposions d'une plus grande proportion d'adresses. Ceci est difficilement explicable, une des raisons pourrait en être une plus grande proportion de médecins non libéraux là où le nombre d'adresses collectée est important.

5. Discussion sur l'analyse des réponses des médecins avec expérience

Nous pouvons observer que les personnes ayant déjà testé des dispositifs semblables à ceux présentés sont très peu nombreux, mais qu'ils ont globalement une bonne opinion de ceux-ci, et sont une majorité à être prêts à les utiliser dans leur pratique quotidienne. Il existe probablement un biais : les personnes ayant testé les dispositifs pourraient en avoir un *a priori* positif. Et *a contrario*, les personnes ayant d'emblée une mauvaise opinion de la télémédecine sont moins nombreuses à vouloir la tester. Nous pouvons aussi supposer que la télémédecine fait peur, et que les médecins en ont une image négative, voire diabolisée tant qu'ils n'ont pas vu la réalité du terrain. L'expérience de la télémédecine engendrerait son acceptation et permettrait de constater des bénéfices parfois supérieurs aux inconvénients.

Mais ce qui est frappant c'est que l'un des arguments principaux de refus de la télémédecine dans l'échantillon global, à savoir la perte d'humanité, n'était pas, ou très peu, évoqué par les personnes ayant testé ces dispositifs. En revanche les autres questions et en particulier celle du financement demeuraient. Nous pouvons donc supposer que même si la perte de contact direct est effective, elle n'est pas ressentie comme une déshumanisation de la médecine. Elle ne serait donc pas un obstacle si important à l'usage de la télémédecine. Nous avons tenu compte pour cette constatation des expériences effectives, c'est-à-dire des réponses positives aux questions

« L'avez-vous déjà testé ? » posées pour chaque dispositif.

En réalité tous les médecins, ou presque, font de la télémédecine au quotidien, ne serait-ce que pour suivre un INR, recevoir un résultat biologique et réagir en conséquence, donner un avis par téléphone... Pourtant, seuls 13,61 % des médecins considéraient « s'être déjà essayés à la télémédecine ». En analysant l'influence des réponses aux questions « Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? » en fonction de la réponse à la question « Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ? », nous constatons que les médecins considérant qu'ils pratiquent déjà la télémédecine ont un avis plus positif et se disent plus prêts à utiliser les dispositifs présentés. On peut alors supposer que dès lors que les médecins ont accepté que la télémédecine pouvait faire partie de leur quotidien et qu'ils la pratiquent déjà sans la nommer, leur acceptation pour des dispositifs plus élaborés est meilleure.

En s'intéressant aux commentaires des médecins ayant eu une expérience de la télémédecine, nous avons pu avoir des retours sur les dispositifs que nous présentions. Nous avons ainsi découvert une réalité du terrain bien différente des informations que l'on avait recueillies. C'est le cas du réseau Icalor, dont la pérennité est remise en cause par un défaut de financement (« *au 1er Janvier 2014, le réseau Icalor ne reçoit plus de financement dédié à la prise en charge des patients inclus dans le réseau. L'Association Icalor ne prend donc plus en charge le suivi des patients insuffisants cardiaques et ne propose plus de séances d'éducation thérapeutique.* » ;

« Icalor est en cessation de paiement et d'activité. Aucun intérêt en pratique courante puisque le dossier n'était renseigné que par les professionnels eux-mêmes, médecin et infirmière. Donc dossier commun permettant de la santé publique mais en aucune manière une aide au suivi du patient. »), et le fonctionnement moins fluide qu'annoncé (« ICALOR ne fonctionne plus... et les inclusions se faisaient très difficilement, les services hospitaliers oubliaient de le faire, j'en ai inclus 2 avec 3/4 d'heure de travail... quant au suivi il fallait mettre à jour les données bénévolement... pour les inclusions par la suite une infirmière du réseau le faisait mais il fallait la contacter... quant à savoir si on a évité des hospitalisations ???? »). Pourtant, le site internet présente encore le réseau comme ayant rempli ses objectifs initiaux, et ayant « contribué à une amélioration de la qualité de vie et de survie des patients. » Mais les chiffres présentés datent de 2012 et n'ont pas été actualisés depuis. Aucune mention n'est faite de difficultés de fonctionnement. Nous les avons donc contactés afin de mieux comprendre les causes de dysfonctionnement. Mme Madeline Voyen, chargée de mission, nous a appris lors d'un entretien téléphonique, que tout le personnel a été licencié en juillet 2014, faute de financement. De 2006 à décembre 2013, Icalor était financé en majorité par l'ARS via un Fond d'Intervention Régional, et à plus faible proportion par la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail Alsace-Moselle) et le Conseil Régional de Lorraine ⁷⁸. Le budget n'a pas été renouvelé pour l'année 2014. Fin 2013, les nouveaux patients ont cessé d'être

inclus, et en juillet 2014 l'activité s'est totalement arrêtée, avec arrêt de la prise en charge des patients et licenciement des 8 personnes salariées (infirmières, secrétaires, diététicienne, cadre administratif, coordinateur médical). Les chiffres montraient pourtant une efficacité du réseau, avec une stabilisation du nombre d'hospitalisations pour décompensation cardiaque depuis 2006 alors que les autres régions affichaient des chiffres toujours en augmentation. Ces résultats ont fait l'objet d'une thèse ⁷⁹ qui a été publiée dans l'International Journal of Cardiology ⁸⁰ en octobre 2013. La raison invoquée pour stopper le financement du réseau était la création d'un programme national de suivi de l'insuffisance cardiaque à domicile avec un retour précoce à domicile. Il s'agit du PRADO (Programme de Retour Accompagné à Domicile), qui existait déjà pour l'orthopédie et la maternité, et qui est actuellement à l'essai pour l'insuffisance cardiaque dans cinq départements ⁸¹. Icalor aurait donc été victime de son succès, et a été supprimé non parce qu'il n'atteignait pas ses objectifs, mais pour élargir l'offre au niveau national.

Certains effets bénéfiques de la télémédecine n'ont pas été mis en évidence dans cette étude mais se font sentir à l'usage. Nous avons contacté à Langogne, petite ville de Lozère, le Dr Merle, médecin généraliste installé en cabinet de groupe. Il a participé, avec le Pr Vincent, interniste au CHU de Nîmes, à la mise en place d'un dispositif de téléexpertise. Celui-ci permet de relier depuis 6 ans le CHU et l'hôpital local de Langogne qui est géré par les médecins généralistes

libéraux du secteur. Ces derniers peuvent requérir des avis spécialisés aux médecins du CHU, toutes spécialités confondues, lors d'une visioconférence se tenant de façon hebdomadaire. Les médecins du secteur et les patients apprécient ce service qui leur évite de longs trajets tout en disposant d'une prise en charge optimale et rapide. Non seulement l'hôpital local, qui était menacé de fermeture, a pu être maintenu, mais le nombre de médecins dans la commune a augmenté depuis la mise en place de ce dispositif, alors que le secteur souffrait d'une pénurie de médecins depuis de nombreuses années. Parmi les arguments cités par les jeunes médecins venus s'installer à proximité, la possibilité de recours à des avis spécialisés de qualité et rapides par l'intermédiaire de la télémédecine figurait au premier plan. Cette conséquence de la télémédecine était tout à fait inattendue et bénéfique pour la population locale, tant au niveau des soins primaires que des prises en charge spécialisées. Cette constatation encourage à la réalisation d'études complémentaires explorant les effets de tels dispositifs à l'échelle locale.

V. Conclusion

L'objectif de cette étude était de connaître la pratique de la télémédecine en ambulatoire et l'opinion des médecins libéraux français à son égard. Nous avons présenté à plus de 40 000 d'entre eux des dispositifs déjà en place dans certaines régions, allant de la simple application pour smartphone jusqu'aux cabines de télémédecine, en passant par des dispositifs de télésurveillance, de téléconsultation et de téléexpertise. Le questionnaire quantitatif à composante qualitative a été diffusé par internet, obtenant 3047 réponses (dont 2351 exploitables) et 1144 commentaires. Ces réponses montrent l'intérêt des médecins pour un sujet d'actualité.

En réalité, presque tous les médecins pratiquent la télémédecine telle qu'elle est définie par l'OMS («la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique »). Mais très peu ont déjà testé les dispositifs semblables à ceux que nous leur avons présentés. Leur utilisation reste très confidentielle. La télémédecine suscite de nombreuses réactions, violentes, passionnées, mais aussi des commentaires positifs et encourageants, avec une utilité reconnue dans les cas

d'isolement de patients, de difficulté de déplacement ou de pénurie de médecins. Plus d'un tiers des médecins interrogés étaient prêts à utiliser les dispositifs présentés dans leur pratique quotidienne.

Les avis négatifs sont cependant majoritaires, avec une forte réticence à utiliser ces dispositifs.

Les principaux obstacles évoqués sont la crainte d'une pratique trop chronophage, d'une rémunération insuffisante, l'inutilité d'une telle pratique, la crainte d'erreurs liées à un examen clinique incomplet et d'une déshumanisation de la médecine du fait d'une absence de contact direct.

Pourtant, l'analyse des commentaires des médecins ayant testé ces dispositifs montre que ceux-ci ne relèvent pas la déshumanisation du contact comme étant un obstacle. Dans l'ensemble, l'opinion est meilleure chez les médecins ayant déclaré une expérience en télémédecine. On peut ainsi supposer que la télémédecine n'altère pas ou très peu la relation médecin-malade, du moins si elle est utilisée à bon escient. Des expériences de consultations psychiatriques sont notamment décrites comme étant bien adaptées.

Cependant, l'échantillon de médecins ayant testé ces dispositifs est trop faible pour pouvoir conclure avec certitude. En effet, seuls 199 médecins avaient déjà testé l'un des quatre types de dispositifs présentés, soit 8,46 %. En ce qui concerne la qualité des diagnostics, le coût et le temps passé, nous n'avons pas assez de recul pour affirmer son efficacité. La mise en place d'un

cadre juridique et surtout financier ainsi que l'évolution de la technique vont inmanquablement faire évoluer la situation. A n'en pas douter, la télémédecine se développera dans les prochaines années, probablement d'abord par l'utilisation de la télésurveillance et de la téléexpertise. La téléconsultation, qui reçoit pour le moment un accueil plus réservé, devrait se répandre plutôt dans un deuxième temps.

Cette évolution impactera le rôle du médecin traitant et de ses correspondants, et les médecins libéraux devront veiller à l'accompagner afin qu'elle ne se fasse pas à leur détriment.

Notre enquête souligne que la télémédecine en est à ses balbutiements et il sera intéressant de suivre des travaux détaillés sur les réalisations qui se mettent doucement en place afin d'évaluer plus précisément les avantages et les inconvénients des divers dispositifs.

Il est probable que la définition de règles de rémunération de l'acte de télémédecine en libéral soit le passage incontournable et probablement déclencheur d'une utilisation plus générale. Dans ce cadre, un travail d'évaluation aura plus de contenu. Mais cette étape de nomenclature nécessite des bases expérimentales solides qui se font attendre, d'où la complexité et l'incertitude de la période actuelle.

VU

Strasbourg, le.....23/8/2014.....

Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Louis PASQUALI



VU et approuvé

Strasbourg, le.....**01 SEP. 2014**.....

Le Doyen de la Faculté de
Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



VI. Bibliographie

- 1 *LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. 2013-1203, 2013.*
- 2 Dusserre, Liliane. *La télé expertise : un acte médical à reconnaître... et à rémunérer.* Rapport du Conseil national de l'Ordre des Médecins, 1999. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/teleexpertise.pdf>.
- 3 Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine. 2010-1229, 2010.
- 4 Mathieu, Stanislas, sous la direction du Pr Pascal Staccini. « La téléconsultation: l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes : étude qualitative sur la représentation de la téléconsultation à partir de 15 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes des Alpes Maritimes. ». Thèse d'exercice, Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine, 2012.
- 5 Montavont T, Maisonneuve H, Chambe J, Téléconsultation : ce qu'en pensent les médecins libéraux. Thèse d'exercice, Département de médecine générale, faculté de médecine de Strasbourg, sous presse 2012.
- 6 Elisa Carré, sous la direction du Dr Michel David. Télé médecine: représentations et expériences des médecins généralistes : Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine, université de Montpellier, 2013.
- 7 Direction Générale de l'Offre de Soins. « Le recensement des activités de télé médecine », 2012, p.6. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/telemedecine_recensement_activites.pdf.
- 8 Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Article 32 relatif à la télé médecine
- 9 Article 78 de la loi HPST du 21 juillet 2009
- 10 Sanni Yaya, Hachimi. Des souris et des médecins : de la télé médecine à la cybermédecine. la science médicale du 21ème siècle entre l'organisation et la technologie. Publibook, 2007.
- 11 Rashid L. Bashshur, Gary W. Shannon, History of Telemedicine, 2009
- 12 Professeur Armenta, Francesco. « Le Centro Internazionale Radio Medico (CIRM) : 70 ans d'expérience romaine ».
- 13 Société française de médecine d'urgence (SFMU). Référentiel « aide médicale en mer » Etat des lieux - Recommandations. Texte.guide ressources, 2013.

-
- 14 HAS. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Note de cadrage, juin 2011.
- 15 Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario. « Télémédecine : amélioration de l'accès aux soins grâce à la technologie ».
- 16 Institut économique de Montréal. « La télémédecine: améliorer le système de santé par l'innovation ». Les notes économiques, septembre 2010, 1-4.
- 17 LE GUEN, Thierry, Pierre PAUCHARD, Patrice BEAUVAIS, et Erwann FONTAINE. « Place et perspectives de la télémédecine en Guyane ». la revue hospitalière de France, no 532 (02 2010): 32-34.
- 18 LE GUEN, Thierry, Joseph LE BECHEC, et Hélène FAURE POITOUT. « La télémédecine en Guyane : une approche concrète. », n° 678 (08 2003): 16-18.
- 19 Damien Lemarie, sous la direction de Nicolas Poirot. Apports de la télémédecine à la pratique médicale en situation d'isolement : exemple d'un réseau de télémédecine en Guyane française. Thèse de médecine, université de Bordeaux II, 2004
- 20 Télémédecine : beaucoup d'hôpital, peu de ville. RESEAUX SANTE & TERRITOIRE, n° 44, 2012/05-06 : 26-27, FRA
- 21 Direction Générale de l'Offre de Soins. « Le recensement des activités de télémédecine », 2012 : p7, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/telemedecine_recensement_activites.pdf.
- 22 ARS Bourgogne. « Le programme régional de télémédecine de Bourgogne 2012-2016 », 2012.
- 23 Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins n°31. « Des téléconsultations en psychiatrie

(Seine-Maritime) », oct 2013 : 8-9.

- 24 Direction Générale de l'Offre de Soins, et Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. « Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine », 2012 : 4-5.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methhodologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf.
- 25 ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux). « La télémedecine en action : 25 projets passé à la loupe, Un éclairage pour le déploiement national - tome 1 : les grands enseignements. © ANAP 2012 », 2012 : 3-5.
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf.
- 26 ARS Alsace. « Programme régional de télémedecine 2012 - 2016. Projet régional de santé d'Alsace », 2012, 4-5
http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/ars_alsace/Projet_regional_de_sante/consultation/PRT_PRS_Alsace_2012-2016.pdf.
- 27 ARS PACA. « PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE. Composante du projet régional de santé PACA 2012 / 2016 ». Consulté le 5 juillet 2014.
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_programme_telemedecine_arspaca.pdf.
- 28 ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux). « La télémedecine en action : 25 projets passé à la loupe, Un éclairage pour le déploiement national - tome 1 : les grands enseignements. © ANAP 2012 », 2012 : 40-41.
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf.
- 29 Freiermuth, Pauline, et Elodie Djaileb. « Les perspectives de la télésanté et de la télémedecine pour les

-
- personnes âgées dépendantes : une enquête qualitative réalisée auprès de 16 acteurs clés du secteur. » *Les Echos Etudes*, novembre 2013, 1-4.
- 30 Fondation de l'Avenir. « Les Français sont-ils prêts pour la Télémédecine ? » *Médecin direct*, novembre 2012. <http://www.medecin-direct.fr/medecindirect/2012/11/05/les-francais-sont-ils-prets-pour-la-telemedecine/>.
- 31 Évaluation des besoins en téléexpertise : étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes libéraux ruraux du Haut-Pays niçois (vallée de la Tinée, de la Vésubie et de la Roya). Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine., n° 2, 2012, 167 p., FRA, KADOUCH (Benjamin), Université de Nice Sophia Antipolis.
- 32 Dionis du Séjour, Jean, et Jean-Claude Etienne. « Rapport sur les télécommunications à haut débit au service du système de santé. » Assemblée Nationale, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques, 2004.
- 33 SIMON, Pierre, et Dominique ACKER. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Rapport du Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, novembre 2008.
- 34 Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, et Direction de la Sécurité Sociale. INSTRUCTION N° DGOS/PF3/DSS/1B/2014/17 du 17 janvier 2014 relative au dossier de candidature et aux critères de sélection des ARS pilotes en vue de leur participation aux expérimentations en télémédecine prévues à l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. p2.
- 35 LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, Article 36. 12/2013.

-
- 36 Code de la Sécurité Sociale, Articles L. 162-1-7, L. 162-2, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1, L. 165-1, L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3
- 37 Code de l'Action Sociale et des Familles, Articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8, L. 314-9
- 38 Code de la santé publique - Article L1435-8. Code de la santé publique, 2011.
- 39 Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, et Direction de la Sécurité Sociale. INSTRUCTION N° DGOS/PF3/DSS/1B/2014/17 du 17 janvier 2014 relative au dossier de candidature et aux critères de sélection des ARS pilotes en vue de leur participation aux expérimentations en télémédecine prévues à l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. 1-6.
- 40 FLEURIOT, Caroline. « La santé des détenus dans le collimateur de la Cour des comptes ». Base de donnée juridique Dalloz.fr, 14 février 2014.
- 41 Rapport public annuel de la Cour des comptes 2014, tome I volume 1-1, la santé des personnes détenues, février 2014
- 42 Ministère de la santé et des sports, et Ministère de la justice et des libertés. *PLAN D' ACTIONS STRATÉGIQUES 2010 - 2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice*, 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf.
- 43 Ministère des Affaires sociales et de la Santé. « Déploiement de la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social : 9 régions sélectionnées afin d'expérimenter des tarifs préfigurateurs ». www.sante.gouv.fr. Consulté le 9 juin 2014. <http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-en-ville-et-dans-le-secteur-medico-social-9-regions-selectionnees-afin-d-experimenter-des-tarifs-prefigurateurs.html>.

-
- 44 *Décision du 17 décembre 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française.* Vol. 0033, 2014.
- 45 Haute Autorité de Santé, et Service des actes professionnels. *Rapport : Interprétation des photographies du fond d'oeil, suite à une rétinographie du fond d'oeil avec ou sans mydriase.*, juillet 2007.
- 46 Haute Autorité de Santé. *Recommandations en santé publique - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil : Argumentaire*, décembre 2010.
- 47 « Withings ». Consulté le 22 avril 2014. <http://vitrine.withings.com/>.
- 48 « Fitbit® : Coachs électroniques ». Consulté le 14 mai 2014. <http://www.fitbit.com/fr>.
- 49 « CRON-O-Meter ». Consulté le 22 avril 2014. https://cronometer.com/#_=_.
- 50 Assurance Maladie. « Présentation du service sophia ». www.ameli-sophia.fr. Consulté le 28 août 2014. <https://www.ameli-sophia.fr/le-service-sophia.html>.
- 51 Groupe de Coopération Sanitaire Télésanté Basse-Normandie. « Domoplaies : un projet inter-régional ». [telesante-basse-normandie.fr](http://www.telesante-basse-normandie.fr). Consulté le 24 avril 2014. <http://www.telesante-basse-normandie.fr/1-enrs-et-les-projets/domoplaies,1641,2503.html>.
- 52 Dary, Patrick. *présentation du matériel télécardio.fr*. Consulté le 24 avril 2014. http://www.telecardio.fr/?page_id=146.
- 53 Dary, Patrick. « Management de l'hypertension en télémédecine : étude de faisabilité et résultats sur 100 patients ». www.telecardio.fr, 2014. http://www.telecardio.fr/?page_id=680.

-
- 54 Dary, Patrick. « Prise en charge de l'insuffisance cardiaque en télémédecine : étude de faisabilité et résultats sur 20 patients. » *www.telecardio.fr*, 2014. http://www.telecardio.fr/?page_id=690.
- 55 Altieri, Christelle. « Présentation du réseau ICALOR et de son système de télémédecine après 4 ans de fonctionnement ». La Baule, 2010. <http://www.icalor.fr/wp-content/uploads/downloads/2012/05/Pr%C3%A9sentation-du-r%C3%A9seau-ICALOR-et-de-son-syst%C3%A8me-de-t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine-apr%C3%A8s-4-ans-de-fonctionnement-2010.pdf>.
- 56 « Cardiauvergne: La cellule de coordination ». Consulté le 24 avril 2014. http://www.cardiauvergne.com/?page_id=2026.
- 57 Nelly Agrinier, Christelle Altieri, François Alla, Nicolas Jay, Daniela Dobre, Nathalie Thilly, et Faiez Zannad. « Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management program—A French nationwide time-series comparison ». *International Journal of Cardiology* Volume 168, n° 4 (9 octobre 2013): 3652-58. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.05.090>.
- 58 « ICALOR : Réseau lorrain insuffisance cardiaque ». Consulté le 28 août 2014. http://www.icalor.fr/?page_id=162.
- 59 Vicente, Annabelle, et Yves Grillet. « OPTISAS : Apnée du sommeil ». *www.telecardio.fr*, sous presse 2011. http://www.telecardio.fr/?page_id=15.
- 60 « HOPI, solutions d'informatique médicale logicielles et matérielles ». Consulté le 16 mai 2014. <http://www.hopi.fr/>.
- 61 « Alsace e-santé : marché publique 2012 », 18 septembre 2012. https://www.sante-alsace.fr/cms/accueil/alsace-esante/marches_publics/Marches-attribues/Annee-2012.

-
- 62 Alsace e-santé. « Rapport d'activité 2013 », juin 2014. p12-17
- 63 « Les détenus d'Ensisheim soignés par télémedecine ». *esante.gouv.fr; le portail de l'ASIP Santé*, 16 décembre 2013. <http://esante.gouv.fr/paroles-aux-regions/les-detenus-d-ensisheim-soignes-par-telemedecine>.
- 64 Bohineust, Armelle. « La première cabine de télémedecine est installée en France ». *Le Figaro économie*. 21 janvier 2014, OJD : 323303
- 65 Baudino, Franck. « La Consult-Station ». *H4D*. Consulté le 14 mai 2014. <http://h-4-d.com/la-consult-station/>.
- 66 « CARMF : chiffres clés 2013 ». Consulté le 4 août 2014. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2013/taux2013.htm>.
- 67 CARMF. « CARMF Pyramide des âges », 2014. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2013/taux2013.htm>.
- 68 Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. « Insee - Professions de santé en 2014 ». Consulté le 2 septembre 2014. http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103.
- 69 CARMF. « Démographie par région ». Consulté le 3 août 2014. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2013/taux2013.htm>.
- 70 George Orwell. *1984 (Nineteen Eighty-Four)*. Gallimard. 448 vol. Folio 822, 1949.
- 71 Direction générale de l'offre de soins. « Télémedecine et responsabilités juridiques engagées, « exercice, déontologie, développement professionnel continu » », 18 mai 2012.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf.

- 72 LAVAILL, Loic, et Jean-Pierre GAUME. « L'apport de la télémédecine dans l'exercice de la médecine générale. Revue de littérature, exemples nationaux et internationaux, applications en Franche-Comté et analyse d'un questionnaire. » Thèse d'exercice, Université de sciences médicales et pharmaceutique de Franche-Comté, 2011.
- 73 BIDAULT DIALLO, Audrey, et Jean-François HUEZ. « Télémédecine et dossier médical personnel : perceptions et attentes des médecins généralistes. » Thèse d'exercice, Faculté de Médecine, 2013.
- 74 Annabelle Veit. « Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012 ». Thèse d'exercice, Université de médecine de Strasbourg, 2012.
- 75 Sanglade Olivier, et Guison Jérôme. « Quel accueil pour une nouvelle modalité de traitement de substitution des opiacés : le Suboxone questionnaire 2 ». Thèse d'exercice, Université de médecine de Strasbourg, 2013.
- 76 Evrard Benjamin. « Utilisation des services Espace Pro ». Thèse d'exercice, Université de médecine de Strasbourg, 2013.
- 77 Annabelle Veit. « Place des entretiens motivationnels dans les cabinets de médecine générale français en 2012 ». Thèse d'exercice, Université de médecine de Strasbourg, 2012.
- 78 Évelyne Didier, et Ministère des affaires sociales et de la santé. « Questions au Sénat concernant le réseau ICALOR : Question écrite n° 03331 de Mme Évelyne Didier (Meurthe-et-Moselle - CRC) publiée dans le JO Sénat du 29/11/2012 - page 2704 et Réponse du Ministère des affaires sociales et de la santé publiée dans le JO Sénat du 21/02/2013 - page 588 ». Consulté le 26 août 2014.
<http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ121103331.html>.

-
- 79 Agrinier, Nelly. « Insuffisance cardiaque : épidémiologie, caractéristiques des patients et de leur prise en charge, et facteurs pronostiques de décès ». Biologie Santé Environnement, Université de Lorraine, 2013.
- 80 Nelly Agrinier, Christelle Altieri, François Alla, Nicolas Jay, Daniela Dobre, Nathalie Thilly, et Faiez Zannad. « Effectiveness of a multidimensional home nurse led heart failure disease management program— A French nationwide time-series comparison ». *International Journal of Cardiology* Volume 168, n° 4 (9 octobre 2013): 3652-58. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.05.090>.
- 81 Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « PRADO, le programme de retour à domicile - Insuffisance cardiaque », 10 avril 2013. http://www.cpam-bordeaux.fr/prado/PRADO_IC_9et10avril2013-2.pdf.

Annexes

1. Questionnaire

Enquête d'opinion sur la télémédecine

Ce questionnaire, à destination de l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes libéraux, a pour but d'évaluer votre pratique éventuelle et votre opinion sur la télémédecine. L'objectif est de déterminer quelles pratiques de la télémédecine sont envisageables par les médecins libéraux dès à présent dans leur exercice quotidien. Ce travail fera l'objet d'une thèse, réalisée par Fanny Cypriani sous la direction du Dr Claude Bronner.

Actuellement, le gouvernement exprime des velléités de développement de la télémédecine en France. C'est pourquoi la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) propose à des ARS-pilotes de mener des expérimentations de télémédecine afin de permettre son déploiement auprès des patients pris en charge à domicile, en cabinet médical de ville ou dans des établissements médico-sociaux. La question est donc de savoir quels genres de dispositifs les médecins seraient prêts à utiliser dans leur pratique quotidienne.

Les textes officiels (loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire) définissent ainsi la télémédecine :

La télémédecine est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer le suivi d'un patient, de requérir un avis spécialisé, et/ou de réaliser des prescriptions.

- **La téléconsultation** : permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. La présence d'un professionnel de santé peut assister le patient au cours de cette consultation.
- **La téléexpertise** : permettre à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient.
Par exemple afin d'éviter le déplacement du patient (Ex. pour une consultation de dermatologie ou pour un rendez-vous chez un gastro-entérologue avant endoscopies) ou pour accéder à un avis rapide (Ex. auprès d'un cardiologue)...
- **La télésurveillance médicale** : permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
- **La téléassistance médicale** : permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
- **La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (SAMU).**

Par exemple, le transfert d'une image demato ou d'un ECG à un autre confrère pour requérir un avis spécialisé fait donc déjà partie du champ de la télémédecine...

<p style="text-align: center;">Votre profil</p> <p>Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin</p> <p>Code postal <input type="text"/></p> <p>Age <input type="text"/></p> <p>Spécialité <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">Informatique du cabinet</p> <p>Quel est votre type d'ordinateur habituel ? <input type="radio"/> PC <input type="radio"/> MAC <input type="radio"/> Autre</p> <p>Estimez-vous votre connexion Internet de bonne qualité ? (par exemple, vous visualisez sans problème des vidéos...) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Disposez-vous d'une caméra ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>dans votre cabinet : d'un casque-micro ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Possédez-vous un smartphone ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p style="text-align: center;">Activité et structure</p> <p>Êtes-vous : <input type="radio"/> Installé seul ? <input type="radio"/> En association ? <input type="radio"/> Remplaçant ?</p> <p>Année d'installation en libéral (ou du début des remplacements pour les remplaçants) <input type="text"/></p>	
<p>Tout d'abord, nous aimerions connaître votre expérience de la télémédecine</p>	
<p>Pratiquez-vous <u>actuellement</u> la télémédecine ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p style="text-align: center;">Quelle est votre expérience de la télémédecine ? (dans quelles circonstances l'avez-vous exercée, de quelle façon, avec quel matériel, sous quelle forme ?)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px; width: 100%;"></div>	
<p>Nous allons ensuite vous présenter quelques dispositifs déjà en place dans certaines régions, nous aimerions connaître votre opinion sur chacun d'eux</p>	
<p style="text-align: center;">----- APPLICATIONS SMARTPHONE -----</p> <p><i>Le patient dispose d'un bracelet connecté, permettant de calculer son activité physique (nombre de pas ou distance parcourue), le nombre de calories dépensées. Ces informations sont transmises au smartphone, et répertoriées sous forme de graphique. Le patient peut y intégrer d'autres mesures (tension, fréquence cardiaque, poids, alimentation, mais aussi glycémie, diurèse, etc.) et peut envoyer ces données à son médecin pour permettre son suivi.</i></p> <p style="text-align: center;">Exemples :</p> <p>Withings http://vitrine.withings.com/withings-pulse.html</p> <p>Bitfit http://www.fitbit.com/fr</p> <p>a) Avez-vous connaissance de ce genre de dispositif ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>b) L'avez-vous déjà testé ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>c) Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p style="text-align: center;">Commentaires libres</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; width: 100%;"></div>	

----- DISPOSITIFS DE TÉLÉSURVEILLANCE -----

Des dispositifs de télésurveillance et téléexpertise commencent à apparaître dans quelques régions, en particulier pour le suivi des plaies chroniques, mais aussi de l'insuffisance cardiaque, le monitoring à distance de la tension artérielle, ou le dépistage de la fibrillation atriale.

Domoplaies est un dispositif de prise en charge des plaies chroniques, mis en place en Basse-Normandie et dans le Languedoc-Roussillon. Il permet d'accéder à un réseau d'experts proposant une prise en charge globale (bilan étiologique, conseils thérapeutiques, suivi de l'évolution). Le médecin traitant ou l'infirmier contacte le réseau pour un avis, un conseil, ou un suivi global. Une tablette est alors livrée, accompagnée d'un micro, permettant de réaliser sur rendez-vous une téléconsultation par visioconférence avec un expert.

<http://www.telesante-basse-normandie.fr/l-enrs-et-les-projets/domoplaies,1641,2503.html>

Dans la Vienne, le Dr Dary propose un système de télésurveillance des patients atteints d'insuffisance cardiaque et/ou d'hypertension artérielle, dans le but d'améliorer leur traitement tout en diminuant le nombre ou la durée d'hospitalisation en cas de décompensation. Les données suivies sont le poids, la tension et l'électrocardiogramme. Ces mesures sont gérées par le patient mais automatisées. La balance, le tensiomètre et l'ECG sont connectés par Bluetooth et les informations envoyées directement sur un serveur sécurisé, consultable par le médecin.

<http://www.telecardio.fr>

Un autre système de télésurveillance en cardiologie est à l'œuvre depuis 2010 en Lorraine, et est repris dans d'autres régions comme l'Auvergne. Il s'agit du réseau ICALOR en Lorraine et Cardiauvergne en Auvergne. Ce système utilise le DMP (Dossier Médical Partagé) comme outil de base. Les patients entrent dans le réseau soit à l'occasion d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque, ou alors ils sont inclus directement par les médecins libéraux (médecin traitant ou cardiologue). Une infirmière est alors chargée de réaliser un suivi rapproché, en relevant des données cliniques (poids, tension, fréquence cardiaque, œdèmes des membres inférieurs, dyspnée) et biologiques (ionogramme, hémoglobine, créatinine, BNP, INR, digoxinémie). Ces informations sont entrées dans les smartphones dont elles disposent, et des alertes sont générées automatiquement lorsque les critères de décompensation sont présents (par exemple prise excessive de poids). L'alerte est alors vérifiée par une IDE du réseau, puis, s'il y a lieu, elle avertit le médecin ou l'infirmière à proximité du patient pour adopter l'attitude thérapeutique adéquate.

http://www.cardiauvergne.com/?page_id=2026

http://www.icalor.fr/?page_id=23

- a) Avez-vous connaissance de ce genre de dispositif ? Oui Non
- b) Les avez-vous déjà testés ? Oui Non
- c) Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ? Oui Non

Commentaires libres

----- EXEMPLES DE TÉLÉCONSULTATION / TÉLÉEXPERTISE -----

Le dispositif HOPI, actuellement à l'essai en Alsace, permet de réaliser une consultation à distance, ou de requérir un avis auprès d'un spécialiste à propos d'un patient. Il est composé d'un chariot présent auprès du patient (ce peut être dans un EHPAD, dans une prison, dans un cabinet d'infirmière, ou dans une 'cabine de télé-médecine' implantée dans un village), et côté médecin, d'un simple ordinateur avec caméra, haut-parleur et microphone ou casque. Les médecins utilisant ce matériel sont inscrits sur un annuaire numérique et peuvent, également en dehors des téléconsultations, communiquer par appel vocal ou visiophonie, prendre rendez-vous, s'échanger des données. Le chariot est doté d'une caméra possédant un zoom puissant et télécommandable par le praticien à distance. Ce dernier a la possibilité de prendre des clichés afin de les conserver dans le dossier-patient informatisé. Pour l'examen clinique, il dispose d'un stéthoscope, d'un otoscope et d'un dermatoscope, qui peuvent être manipulés par la tierce personne (infirmier, aide-soignant, secouriste, entourage familial...), guidée par le praticien à l'aide de la caméra d'ambiance. Un échographe, un ECG, des dispositifs ophtalmologiques et des appareils de mesure respiratoire peuvent également faire partie du chariot, selon les compétences du médecin.
http://www.hopi.fr/fr/product/1im_star.html

- a) Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ? Oui Non
- b) Les avez-vous déjà testés ? Oui Non
- c) Seriez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ? Oui Non

Commentaires libres

----- CABINES DE TÉLÉMÉDECINE -----

En Bourgogne, la première « cabine de télé-médecine » a été mise en place dans une maison de retraite. Celle-ci permet une télésurveillance, elle prend des mesures de tension, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, température. Ces données peuvent être envoyées au médecin traitant ou au médecin de garde, afin d'adopter une prise en charge appropriée sans avoir à se déplacer systématiquement. Cette cabine est conçue pour permettre également des téléconsultations, avec visioconférence, fibre optique pour examen ORL et cutané, stéthoscope à distance et électrocardiogramme, maniables facilement par le patient lui-même ou par un tiers.
<http://h-4-d.com/la-consult-station/>

- a) Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ? Oui Non
- b) L'avez-vous déjà testé ? Oui Non
- c) Seriez-vous prêt(e) à l'utiliser dans votre pratique quotidienne ? Oui Non

Commentaires libres

Envoyer

2. Mail accompagnant le questionnaire

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

(pour les pressés qui ont envie de répondre au questionnaire sans lire le mail)

Docteur,

On parle beaucoup de télémédecine. Il s'en pratique un peu en général et en fait très peu pour les libéraux, cibles de ce questionnaire. Une des raisons principales est la rémunération de l'activité qui relève du parcours du combattant, mais il y en a beaucoup d'autres qui méritent exploration.

A ce stade, il m'a donc paru intéressant de réaliser ma thèse sur le sujet en interrogeant par mail le plus de médecins libéraux possible (les non libéraux destinataires du mail voudront bien m'excuser), généralistes et spécialistes, tout en s'intéressant aux différents dispositifs actuellement en utilisation ou expérimentation.

Je suis Interne en Médecine Générale à Strasbourg et mon directeur de thèse est le Dr Claude Bronner qui a proposé à l'APIMA (Association pour l'Informatique MédicAle) de servir de support technique à ce travail.

Je vous remercie infiniment d'accepter de participer à cette enquête, que vous ayez déjà une expérience de télémédecine ou non.

Le questionnaire prend moins de 3 mn, sauf si vous décidez d'écrire beaucoup de texte libre sur vos expériences et opinions sur la télémédecine !

Pour accéder au questionnaire, cliquez sur [QUESTIONNAIRE D'ENQUETE](#)

[Fanny Cypriani](#), interne en Médecine Générale

Ce mail est envoyé via le fichier d'Espace Médecine à Strasbourg et Fanny Cypriani n'a pas accès aux adresses mail utilisées.

[Dr Claude BRONNER](#).

3. Tableau des réponses aux questions fermées

nb réponses	2351		
	Masculin	Féminin	N/R
Sexe	64,5%	34,8%	0,8%
	100,0%		

Age moyen	49,6
------------------	------

Specialité	
27,90%	Qualifié en médecine générale
35,56%	Médecine générale
0,13%	Anamato-cyto-pathologiques
0,81%	Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale
0,43%	Chirurgie générale
0,09%	Chirurgie infantile
0,04%	Chirurgie maxillo-faciale
0,13%	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
1,32%	Chirurgie orthopédique et traumatologie
0,17%	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
0,04%	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
0,55%	Chirurgie urologique
0,38%	Chirurgie vasculaire
0,47%	Chirurgie viscérale et digestive
2,47%	Dermatologie et vénérologie
0,51%	Endocrinologie et métabolismes
0,98%	Gastro-entérologie et hépatologie
0,00%	Génétique médicale
0,51%	Gériatrie
1,06%	Gynécologie médicale
0,89%	Gynécologie obstétrique
0,81%	Gynécologie médicale et Obstétrique
0,00%	Hématologie
0,09%	Médecin biologiste
0,04%	Médecine interne
0,04%	Médecine nucléaire
0,30%	Médecine physique et de réadaptation
0,09%	Néphrologie
0,00%	Neuro psychiatrie
0,04%	Neurochirurgie
0,38%	Neurologie
0,00%	Obstétrique
0,00%	Oncologie médicale
0,04%	Oncologie radiothérapique
1,15%	Ophthalmologie
1,74%	Oto Rhino Laryngologie
1,15%	Pathologie cardio-vasculaire
1,28%	Pédiatrie
0,68%	Pneumologie
0,17%	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
2,34%	Psychiatrie générale
0,81%	Radiodiagnostic et imagerie médicale
0,00%	Radiothérapie
0,94%	Rhumatologie
0,21%	Stomatologie
2,04%	Autre
11,23%	N/R

	Installé seul	En association	Remplaçant	N/R	
Activité	39,1%	55,1%	3,4%	2,5%	100,0%

Année installation moyen	1992
--------------------------	------

Quel est votre type d'ordinateur habituel ?

PC	74,6%
Mac	19,7%
Autre	0,5%
N/R	5,1%
	100,0%

	Oui	Non	N/R	
Estimez-vous votre connexion Internet de bonne qualité ? (par exemple, vous visualisez sans problème des vidéos...)	82,43%	11,57%	6,0%	100,0%

Disposez-vous dans votre cabinet :	Oui	Non	N/R	
d'une camera ?	27,05%	68,14%	4,8%	100,0%
d'un casque-micro ?	16,89%	77,80%	5,3%	100,0%
Possédez-vous un smartphone ?	72,10%	22,88%	5,0%	100,0%

Tout d'abord, nous aimerions connaître votre expérience de la télémédecine :

	Oui	Non	N/R	
Pratiquez-vous actuellement la télémédecine ?	11,87%	86,86%	1,3%	100,0%
Vous êtes-vous déjà essayé à la télémédecine ?	13,61%	79,41%	7,0%	100,0%

Nous allons ensuite vous présenter quelques dispositifs déjà en place dans certaines régions, nous aimerions connaître votre opinion sur chacun d'eux

Applications smartphone	Oui	Non	N/R	
Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	50,74%	48,23%	1,0%	100,0%
Les avez-vous déjà testés ?	2,98%	95,24%	1,8%	100,0%
Serez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	36,37%	61,42%	2,2%	100,0%

Dispositifs de télésurveillance	Oui	Non	N/R	
Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	40,20%	57,89%	1,9%	100,0%
Les avez-vous déjà testés ?	3,23%	94,30%	2,5%	100,0%
Serez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	46,79%	49,72%	3,5%	100,0%

Exemples de téléconsultation/téléexpertise	Oui	Non	N/R	
Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	39,09%	59,46%	1,4%	100,0%
Les avez-vous déjà testés ?	2,55%	95,32%	2,1%	100,0%
Serez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	41,30%	56,27%	2,4%	100,0%

Cabines de télémédecine	Oui	Non	N/R	
Aviez-vous connaissance de ce genre de dispositif ?	26,16%	72,89%	1,1%	100,0%
Les avez-vous déjà testés ?	0,51%	97,58%	1,9%	100,0%
Serez-vous prêt(e) à les utiliser dans votre pratique quotidienne ?	35,43%	61,55%	3,0%	100,0%

4. Grille de commentaires libres encodés

Numéro (ordre chronologique)	Commentaires libres : A/expérience. B/applications smartphone. C/ télésurveillance. D/dispositifs téléconsultation/téléexpertise. E/cabine de télémedecine	Code : N = Négatif. P = Positif. M = Mitigé. Vide = neutre.
3	3. B/ Gadget ! * C/ Pas utile en ville Chronophage. * D/Idem. * E/ C'est de la robotique+++	N
5	5. A/ Il m'est arrivé de conseiller un patient sur une photo. Ou bien un avis par mail. De même l'avis d'un Confrère pour de la dermato ou une RX ou autre. * B/ Je ne vois pas l'utilité * C/ Je ne ressens pas le besoin par rapport à ma patientèle. * D/ Je suis en ville et ne fais que très peu de visites. Ce dispositif ne m'intéresse pas. * E/ Idem	N
6	6. A/ ECG. DERMATOLOGIE	
7	7. A/fax ECG. * B/aucun intérêt - je me crois sur la rubrique de France Info "nouveau monde" : je vous rappelle que la TV 4K est déjà technologiquement dépassée, tout comme le Blue Ray Disc... Société de consommation... Gabegie ! * C/rien à voir avec les gadgets de la rubrique avant ! comme le dit le Pr Cassagnes dans la video de Cardiauvergne, le professionnel de santé à côté du patient. Par contre, la pesée quotidienne, etc... : il faut arrêter l'hospitalisation de la vie quotidienne des gens ! Laissons-les vivre ... et mourir ! * D/ l'humain coûtera toujours moins cher que la technologie - à moins d'être à 20 km ou plus de son toubib, aucun intérêt ! * E/aucun intérêt à ce jour - il faut attendre que ça se développe, que ce soit plus pointu et perfectionné. Et bien souvent, il faudra, comme dans l'exemple prédécédent, une tierce personne, ce qui sera bien mieux et plus efficace ! Au total : vous donnez l'impression de découvrir tout ça, mais les ONG utilisent des logiciels de diagnostic depuis plus de TRENTE ANS, dans le Tiers monde et ailleurs. car là-bas, à l'époque, ils manquaient vraiment de médecins..	N
8	8. E/Ces deux derniers exemples pourraient également être utilisés par un médecin dans le cadre d'exams conjoints MG-Spé.	P
12	12. A/ Consultation par téléphone.	
16	16. A/ 10 ans de regulation medicale au SAMU. + Transmission de données medicales individuelles ecrites ou en images à des specialistes pour conseils de conduite à tenir, tantot pour garder le patient chez lui, tantot pour le transferer au specialiste ainsi averti.	
17	17. C/ Intérêt dans la prévention secondaire en zone sous médicalisée * D/ Intérêt dans la mobilisation et la reactivité des réseaux de soins	P
20	20. C/ le médecin traitant ne garde plus la main. comme d'habitude, la connaissance de l'hôpital régional est considéré comme supérieure sans tenir compte de notre avis. à plusieurs reprises, je me suis opposé à des amputations et l'évolution m'a donné raison...mais quel combat ...mieux vaut former les médecins traitant et réseau d'infirmier aux plaies chroniques...et utiliser ce dispositif entre infirmier de proximité et médecin traitant. risque de travail supplémentaire et surcoût. * D/ Je suis équipé d'un EFR qui se branche sur ordinateur, d'un ECG (idem) et dermatoscope (grossissement 250 fois) . je peux donc adresser les ECG, EFR et images dermatologiques si je le souhaite. quel est le rôle du médecin traitant ? si la médecine n'était qu'une question d'image, nous le serions ! cela n'a d'intérêt que si tout cela arrive au médecin traitant. * E/ la relation médecin malade ?	N
23	23. B/ Qui va payer l'abonnement au service ? * E/A faire hors consultation. Faut la fibre :(je suis dans un bled de La Réunion et n'ai qu'un débit de 500K)	N
25	25. C/ Je travaille en psychothérapie et je suis spécialisé dans le diagnostic et le traitement des PTSD (traumatismes psychiques)	
28	28. je suis à la retraite	
32	32. E/ Quelle remuneration pour "torcher" ainsi nos patients ?!	N
33	33. B/ comment gérer des consultations lourdes et nombreuses, le téléphone , et en plus une prise en compte de "consultations supplémentaires" par internet? * C/manque de temps	N
35	35. B/évaluation du temps de télémedecine ? nous faisons déjà beaucoup de temps de médecine non rémunéré. * C/ l'examen clinique me paraît indispensable Durée de la téléconsultation ? le médecin va être petit à petit dépossédé de sa compétence * D/en PDSA [permanence de soins ambulatoire] pourquoi pas	N
39	39. B/ En fait il n'y aura pas le choix. Les patients viendront avec.	M
41	41. B/uniquement entre professionnels * C/ c'est bon pour les grandes villes, où la proximité et le temps de déplacements sont difficiles, cela peut aider * D/ cela prendra trop de temps .. déjà pour être en phase!	M
44	44. E/ Les ressources technologiques actuelles permettraient d'imaginer des propositions beaucoup plus séduisantes !!! Mais comment les mettre en place quand joindre un spécialiste hospitalier relève du parcours du combattant? Et sur qui brancher le MG????????	N
46	46. A/ Consultations de médecine de montagne, ski alpinisme, sports de montagne et altitude * B/ C/ Pas concerne / Non concerne [Montagne altitude]	N
47	47. B/ Je suis très peu "branché" sur ces technologies	N
48	48. C/ La question de responsabilité médicale n est pas claire Le coût de ces installation est trop eleve	N
49	49. A/Régulation 15 Et cabinet médical	
53	53. A/ une experimentation avec une E.H.P.A.D.	
54	54. B/ Aucun besoin d'avoir ses éléments pour suivre mes patients, la plupart viennent en consultation, j'ai très peu de visites * C/ Journée de travail de parfois plus de douze heures, impossible de caser ce genre de travail supplémentaire sans péter un câble, ces gadgets sont bons pour une médecine salariée à 35/39 h par semaine * D/ On dort quand?? Quand j'ai un problème avec un patient, je correspond par mail avec mes confrères spécialistes. Arrêtons de trouver des solutions pour essayer de ne pas augmenter le nombre de médecins pour palier à la désertification médicale. C'est une déshumanisation de la médecine qui n'augure rien de bon pour les patients. * E/ Toujours le même, je suis une vieille ringarde qui pense que le contact physique avec le patient est important et que le but de cette télé médecine est , comme de nombreux autres projets et décisions, de faire disparaître le médecin de famille libéral.	N
55	55. B/Cela relève du gadget et existe déjà ds plein d applications telechargeables sur smartphone ; pas besoin de médecin pour ça . * C/ Cela relève plus du rôle du réseau ; pas besoin d ordinateur pour ça * D/Quelle belle usine a gaz ; déjà que deux médecins n ont pas forcément la même conclusion au pied du malade, alors a distance ... A ne réserver que pour les cas extrêmes : marins en mer etc. ...? * E/ Mêmes remarques que précédemment	N
61	61. B/ Avec une grosse activité et une connaissance limitée de l'informatique j'y passerai encore plus de temps; et de plus, non, ou, mal payé!! * C/Encore le temps; et la disponibilité des patients? qu'en fait-on? * D/Et tout cela n'a pas de coût?Et le contact médecin-patient? * E/ Et l'humanisation dont on nous prêche les vertus depuis des lustres? Pourquoi ne pas numéroter les	N
66	66. E/ QUELLE TRISTESSE!!	N
68	68. A/ Interpretation d'ECG à distance par Fax	

69	69. B/ pourquoi faire ? a analyser quand ? quelle rémunération. Cela paraît très bien pour le médecin personnel du chef de l'état. * C/ plus intéressant. Pb du temps et de la rémunération * D/E/ même problème qu'avant / même réponse	N
70	70. A/ envoi d'un ECG pour avis cardio avis téléphonique journalier pour les patients (ajustement INR, etc ...) * B/ il s'agit de gadgets, sans utilité médicale * C/ a découvrir et juger de leur fiabilité * D/ cela demande une technicité de l'opérateur à distance, que je n'ai pas. cette technique existe aussi au Canada pour desservir des régions reculées ... et sûrement ailleurs * E/ même réponse que précédemment. la perte du relationnel avec un individu en face de vous participe aussi à un doute sur l'efficacité de ce genre de technique ... au total, le temps de lecture et de réponse vaut 15 min. !!!	N
72	72. E/ que de temps gagné, de désagréments en moins pour le patient (déplacement, consultation appropriée) et du moindre coût !	p
73	73. B/ Oui mais à condition qu'il existe un temps dédié à l'analyse et que ce ne soit pas une couche supplémentaire. * C/ Je participe à l'ag du radic. La collecte des données de santé est une bonne chose et permet d'anticiper les pb et décompensation. * D/ C'est la porte ouverte à la délocalisation : concurrence à tous prix, nivèlement par le bas, aggravation des inégalités. La triade classique du libéralisme européen. * E/Même remarque que précédemment, ce sont de fausses bonnes solutions à la désertification médicale. Ça finira par nous mettre en concurrence. Est ce bon pour la médecine? Je ne pense pas.	N
75	75. B/ aide à une décision thérapeutique aide au diagnostique * C/ aide à une décision thérapeutique aide au diagnostique * D/ aide à une décision thérapeutique aide au diagnostique * E/ aide à une décision thérapeutique aide au diagnostique	p
78	78. A/ avis médical à distance (dermato ++), demande de rendez-vous * B/ Pourquoi pas ?	M
83	83. A/ Conférence et échanges confraternels	
88	88. B/ on m'abconfié l'accompagnement d'une readaptation physique pour une patiente ins respiratoire : je dois contrôler des critères à son domicile : UNE HORREUR DE PAPERASSE A LIRE ,REEMPLIR, JE NE SAIS PLUS QD LIRE CE PAQUET NI OU LE RANGER. * C/ D/ DESOLEE JE N AI PAS LE TEMPS DE LIRE TOUT CE TEXTE ! / IDEM	N
92	92. B/ sans intérêt	N
96	96. A/ Essentiellement télé expertise, et demande de R.V. * E/ DESHUMANISATION TOTALE DE LA MEDECINE VISION UNIQUEMENT CHIFFREE DE LA SANTE INITIATION A BIG BROTHER LHOMME N'EST PLUS QU'UNE SOMME DE CHIFFRES ET D'IMAGES ET A QUEL PRIX!	N
100	100. D/ qui paye le chariot? pb de rémunération * E/ cela ne remplacera pas les infirmières	N
103	103. A/ Transfert d'ecg vers cardiologue pour avis via mail ou photo par smartphone * B/ C/ D/ Si formation accessible et adaptée /Si formation accessible et adapter à notre activité /Même remarque	M
104	104. A/ Promoteur projet Teleconsultation Ophthlmo	
106	106. B/ où est passé l'humain et le contact humain ? * C/D/ intéressant pour les patients ou les médecins ne pouvant se déplacer mais personnellement, j'ai du mal à soigner un écran. comme disait un chirurgien orthopédiste: "on ne soigne pas des radios!!". / idem commentaires supra * E/ délégation des tâches médicales bref à quoi servent 10 ans d'études si au final le patient est livré à lui même. je pense que la cabine délivre un petit coupon avec un relevé des données et un diagnostic, ainsi qu'un ticket de	N
107	107. A/stage chez le praticien à toulouse chez un médecin qui faisait les premiers pas de la télémedecine. Dossier médical présenté au service de médecine interne du CHU	
109	109. B/ C/ à condition que ce soit SIMPLE / idem	M
110	110. B/ C/ à condition que ce soit SIMPLE / idem	M
117	117. B/ UNIQUEMENT SI PAS DE TRAVAIL AJOUTE à une journée déjà chargée	M
119	119. A/ - téléconsultation par téléphone (appels directs des patients qui souhaitent un avis) - téléexpertise : appel téléphonique vers un confrère spécialiste pour avis ou prise de rendez-vous, envoi d'image ou d'ecg par smartphone vers confrère spécialiste	
122	122. A/ si telemedecine veut dire medecine a distance, quel medecin ne l'a pas fait, ne serait ce qu'en donnant des conseil par telephone ou une conduite à tenir, commentant un resultat biologique, commentant un courrier, refaisant une ordonnance, etablissant un renouvellement d ordonnance sans consulter le malade. Si on parle tele medecine avec des moyens de communications different du telephone et du courrier j'ai ete amene a faire un diagnostic a l aide d'une video, a plusieurs reprise notamment dans le domaine de la dermato * B/ cela me paraît de l'ordre du spectaculaire: ou il faut une rigueur dans l'établissement des données afin de pouvoir en tirer une conclusion réelle, ou il s'agit d'une appréciation et alors il est inutile de recourir à ce genre d'appareillage sauf à imaginer que le patient, attirer par la technologie et pour la justifier se mette à faire du sport * C/ cela dépasse la plupart du temps le rôle et la compétence du medecin generaliste * D/ il s'agit de décaler l'hospital ou la salle de soins specialise aupres du patient plutot que de déplacer le patient vers le centre specialisé. Cela est illusoire car le coût de telles installation sera bientôt tel que les praticiens chercheront a se regrouper pour en amortir l'investissement en augmentant l'utilisation * E/ ce qui est possible dans une structure hospitaliere ou pseudo hospitaliere ne sera peutetre pas, toujours pour des probleme de coût au cabinet du praticien sauf a imaginer une restructuration de la medecine vers des dispensaires ou seront affect plusieurs medecins	N
127	127. B/ Selon le temps de travail libéré	M
128	128. B/ Il faudrait déjà qu'on nous envoie les courriers médicaux des patients par mail, ça nous éviterait de les scanner le soir chez nous ... Et on a beau s'intégrer dans des dispositifs sécurisés, toujours rien ... De qui se moque t on ? * C/ J'ai écrit 2 fois un commentaire sur insuff cardiaque cardioaveugne, mais rien : pas de réponse cardio, ni dossier medical correct .. * D/ Déjà que la médecine a perdu son humanité ...	N
130	130. B/C/ si le logiciel médical intègre les données de façon automatique/si le logiciel médical intègre les données de façon automatique	M
131	131. A/ Aujourd'hui retraité, j'ai utilisé le fax(labo d'analyses, radiologues, spécialistes, etc.) et le tél(patients, auxiliaires médicaux, confrères MG, spécialistes, etc.) pendant mes 36 années de carrière. Je n'ai utilisé mon PC que pour ma comptabilité (30 ans) et mon smartphone pour téléphoner (quand il y a du réseau en campagne). Je suis donc bien éloigné de votre médecine connectée des années 2000. * E/ Le contact médecin malade et son colloque singulier ont été ma plus grande gratification professionnelle; les pratiques qui entérinent l'introduction d'un intermédiaire de plus (il y en a déjà beaucoup) entre le praticien et le patient sont peut-être inexorables, mais elles déshumanisent la pratique médicale. ...à mon humble avis!	N
132	132. B/ possible pour certains patients, mais pbs de compréhension car clientèle d'origine étrangère importante.	N
134	134. C/ cela paraît intéressant mais quand le faire les journées font déjà plus de 12 h * D/ les conseils spécialistes se font encore à "l'ancienne" je téléphone au spécialiste et lui décris ce que je vois et répond aux questions qu'il me pose je ne sais pas rep dernière question jamais proposé	N

136	136. B/ il faudrait me fournir gratuitement le matériel et la maintenance,et être rémunéré * D/ je n'ai pas de caméra	M
140	140. A/ Enregistrement ECG et transfert au cardiologue dans une structure dédiée	
142	142. B/ deviendra indispensable en raison de la désertification médicale,formons d'abord des praticiens de terrain aimant la médecine générale et renonçant au salariat qui termine à 16 h * C/ membre Icalor	M
145	145. A/ Visio conference sur l'Hôpital Local de Langogne avec le CHU Nîmes. 1h par semaine. presentation des cas, radio, bilan et discussion pluridisciplinaire * B/ Inutile Pas pour les malades. Ok pour l'aerobic * C/ Il vaut mieux voir le malade en face. Ameillorer le dispositif de gardes medicales me semble plus souhaitable	N
149	149. B/ Je suis pourtant informatisé à titre professionnel depuis 1991 * E/ Je suis également médecin coordonnateur en EHPAD et cela me semble intéressant	P
150	150. B/ NOUS avons un projet de Télémedecine à la MAISON d'Arrêt de Chaumont =UCSA * C/ Je prévois d'Installer une Caméra et Microphone sur mon PC bientôt	
151	151. E/ FIN DE CARRIERE//JE SUIS MI TEMPS HOSPITALIER ET NOUS AVONS UN INTRANET ENTRE LES 2 SITES(fusion de 2 hôpitaux en 1996)ET NOUS COMMUNIQUEONS SOUVENT POUR DES PROBLEMES.	
157	157. B/ Si le dispositif permet le contrôle tensionnel, notamment, cela va conduire à devoir courir après les patients pour le récupérer, comme lorsque les médecins prêtaient les appareils d'automesure... * E/ Nous avons déjà des IDE en journée. Le seul bénéfice serait en période nocturne, tout en sachant que la personne doit se déplacer à la cabine. A mon avis, vraie fausse bonne idée.	N
158	158. A/ Dermatologie avec service hospitalier (transmission image), suivie de plaies chroniques avec IDE, ECG avec cardio, exploitation de données d'objets connectés avec patients * B/ Je suis porteur d'un projet d'étude sur les "objets connectés" dans le cadre du projet TSN (Territoires de Santé Numérique) déposé par l'ARS Rhône-Alpes * D/ E/ En milieu urbain pourrait avoir un intérêt pour éviter de déplacer les patients âgés des EHPAD vers des consultations spécialisées. /voir réponse précédente !	P
159	159. E/ J'emets des doutes en ce qui concerne le dépistage du mélanome, l'examen otoscopique(orientation de l'appareil!) et l'auscultation cardiaque (où poser le stétho?)	N
164	164. B/ C/ Pas de besoin de telemedecine- je suis installée en proche banlieue de Rouen. Il n'y a pas de probleme d'accès aux soins rapidement.Je prefere voir en consultation mon patient / meme commentaire que precedemment * E/ seulement si donnees transmises par un professionnel de sante: kine, IDE, pas par le patient lui-meme	N
172	172. A/ consultation téléphonique pour des patients déjà connus en vue d'un traitement médicamenteux, d'un examen paraclinique ou d'une orientation vers les urgences	
173	173. A/ lecture d'imageries adressées par l'hôpital de proximité * B/ C/ ma journée se termine entre 21 ou 22h selon l'activité du jour une fois terminés: télétransmission des FSE lettres reçues du jour scannées récupération, lecture, rangement des courriers biol.. reçus par le net. Papiers à remplir rapidement (ex assurance ALD..). Je ne me vois pas rallonger mon temps de travail par ce dispositif. / idem	N
179	179. E/ dans une ehpad	
181	181. B/ Je ne suis pas flic, je suis médecin, le patient me confie SA vérité. * C/ D/ En dehors d'expéditions lointaines sur un bateau, dans la cordillère des Andes, je ne pense pas que ce type de dispositif soit utile et remplace le contact patient médecin.Mais la population ciblée fait peu de trekking.../ Cf ci-dessus. * E/ Je me pose l'intérêt financier de ce type d'appareils. D'autre part, cela ne risque-t-il pas de déresponsabiliser le personnel de la maison de retraite qui met le patient dans la cabine au moindre pet de travers? Et que fait-on s'il a 38°1 à 22h?	N
183	183. B/C/D/ oui si l'utilisation est simple / oui si l'utilisation est simple / oui même réponse que ci dessus; autres problèmes:le coût:qui prend en charge? je ne suis pas prête à majorer le coût de mes charges! * E/ idem;tous ces dispositifs peuvent être un + intéressant au suivi des patients mais ne remplacera pas le contact direct que l'on a avec le patient	M
185	185. BCDE/ il faudrait d'abord redéfinir la consultation, avoir une formation sur le sujet, etc.../idem/idem/idem	M
186	186. B/ manque de temps+++ * C/D/E/ A voir selon modalités / idem infra / idem. tout cela paraît bien séduisant en théorie mais compte tenu des difficultés ne serai ce qu' avoir un spécialiste au téléphone actuellement la mise en pratique générale de ces outils me semblent une douce utopie comparée à tous les problèmes de pratique quotidienne auxquels nous nous heurtons régulièrement.Quid du temps passé pour tout ça quelle rémunération chacun devra t il passer son temps devant un écran et ne plus examiner ses patients , l'examen clinique est il dépassé???????	N
189	189. Tout ceci ne concerne pas ma pratique de la médecine [médecine générale]	N
191	191. A/ reception des examens biologiques et radiologiques par mail envoi d'ECG à des correspondants de cardiologie pour avis * C/ [non] je fais surtout de la pediatrie	N
196	196. B/C/ esclavage / on est l'esclave de ses patents 24 h / 24 * E/ de moins en moins de relations humaines	N
197	197. A/ videoconference via reseau dedié internet mis en place avec CG 06	
198	198. BC/ n'importe quoi, la clinique , examen avant tout mes maitres en médecine en 1980 = examen clinique, ecg , radio , bio = 90% des diagnostics et avaient raison / idem, pas de complication * D/ seul intérêt dermato et encore quand bion correspondant on a rdv dans les 24 heures.. * E/ non car intérêt est d'examiner son patient , ce que vous dites est déjà pris par ide !!!que pour ecg réalisé par ide à envoyer à un centre de référence , otoscope et orl on s'enfout en maison de retraite!!!	N
201	201. B/ Je ne me fie globalement qu'à l'interrogatoire, à mes sens et à l'examen clinique, le reste est, dans ma pratique, de l'ordre du gadget !... * C/ Pas dans l'immédiat !... * D/ pas dans l'immédiat ! Le dispositif a montré son intérêt quand l'examen clinique par un médecin est impossible (navire sans médecin, etc.). Sa généralisation sera l'officialisation de la désertification médicale du fait d'une politique de santé désastreuse..... * E/ pas dans l'immédiat !	N
203	203. B/ Recevrait-on toutes les 5 minutes un relevé et devrait-on y donner suite, quelle responsabilité médicale ??? * C/ Surveillance par des para médicaux , le médecin ne voit plus son patient sauf pour l'urgence !!! * D/ Eventuellement ; il faut déterminer les limites de la responsabilité médicale en fonction de la qualité des éléments reçus et déterminer des honoraires de consultation ...	N
204	204. B/ il n'y a pas longtemps que je sais que celaa existe: j'ai vu la pub à la TV !	
206	206. B/ Nous sommes déjà phagocytés par la technologie qui vient polluer le rapport humain * C/ Je ne l'ai pas testé personnellement, mais un de mes patients a été mis sous surveillance par St ETIENNE et depuis je ne le vois plus, et il passe systématiquement par les urgences, de quoi les désencombrer??????? * E/ C'est peut être l'avenir, mais que je suis content d'avoir exercé avant et enseigné avant pour avoir et promouvoir le contact humain. La machine ne pourra certainement jamais prendre en compte la mamie qui se sent seule et ressent alors toutes les petites douleurs aussi variées que possible	N
207	207. D/ J'ai trop besoin du contact direct avec les patients	N
208	208. E/ Tout ceci m'a pris bien plus de 3 minutes...)	

211	211. C/ Ce dispositif permet une excellente prise en charge des plaies, ulcères, escarres, pour laquelle nous sommes en général mal formés, de même que les infirmières. * D/ L'examen clinique et l'interrogatoire directs sont indispensables pour une vraie démarche de soins. * E/ Je ne me sens capable de prendre une décision auprès de patients (surtout inconnus puisqu'en garde...) sur de telles données.	M
218	218. B/ Pas assez de temps de faire les consultations et suivre les patients par courrier * D/ c'est intéressant dans les EHPAD	M
219	219. B/C/ cela soulève un problème éthique sachant ce qu'est la sécurité informatique actuellement / avec les mêmes réserves que précédemment * D/ je ne suis pas favorable à l'utilisation de certain matériel en dehors des médecins que fait on de la pondération après examen qui va interpréter qui prend la responsabilité du diagnostic et du traitement ? * E/ ça ne va pas solutionner les problèmes en particulier celui de manque de rapport humains et l'isolement des patients en institutions . . . les vaches sont surveiller de la même façon !!!	N
220	220. B/ interet tres ponctuel * D/ gadget * E/ bof	N
224	224. B/ utile au niveau du patient pas du médecin	N
227	227. B/ GADJET * C/ peut etre utile en absence de medecin * D/ la penurie de medecin est elle vraiment si réelle ? c'est la fin du medecin generaliste et surtout de sa competence * E/ a la fin il n'y a plus que l'hopital et des infirmieres adieu la medecine	N
229	229. B/ pas bien calé en informatique.pas bien motivé non plus * C/ jz suis trop vieux	N
230	230. A/ dans un poste isolé de guyane	
232	232. E/ Je pars à la retraite prochainement et j'avoue ne pas m'intéresser à ces évolutions	N
234	234. * E/ Tous ces dispositifs me semblent intéressants en théorie, mais se heurtent me semble-t-il à 3 écueils : – la responsabilité médicale ? En effet quelle sera la réaction des tribunaux notamment vis-à-vis des médecins utilisateurs de ces techniques en cas de problème ? – Le temps ? Je ne sais déjà plus où donner de la tête et s'il faut encore ménager des plages horaires pour ce genre d'activité, cela me semble problématique. – La rémunération ? Il faudrait vraiment que cette dernière soit très attractive pour diminuer le temps consacré à d'autres tâches, voire diminuer la patientelle. Mais que faire des nouveaux patients, alors que la carrière libérale n'attire pas forcément les foules ?	N
235	235. D/ j'ai fait ce métier pour voir les gens, leur parler, les toucher...	N
236	236. C/ le patient finira par être inclus dans un réseau spécifique à chacune de ses pathologies avec au final aucune approche globale et aucune synthèse sans parler du coût d'une telle évolution	N
242	242. A/ Transmission d'ECG pour avis pdf et mail régulation médicale "sauvage" dans la patientèle. * B/ Je suis contre l'espèce de maternage au fil de l'eau des patients (à la manière des mamans angoissées qui fliquent leurs enfants partout où ils vont). Et la liberté bon sang ! je ne veux pas être un garde chiourme! Faire le point quand le patient le demande:OUI. * C/ Non je ne suis encore une fois pas sur que ce maternage soit constructif et fasse grandir le patient. Nous redéfinissons ici le soin non plus comme une source de croissance mais comme une assurance Vie toute catégorie déresponsabilisant le patient et en l'infantilisant . Sauf exception très rare je ne vois pas le bénéfice sauf démagogique pour le patient, dans le cadre du soin devant le valoriser. * D/ J'y vois la disparition du contact humain. Je continue de serrer la main de mes patients voir de poser la main sur l'épaule en les quittant. Cela ressemble à la gestion deshumanisante d'une pénurie de médecins. Tant mieux pour les déserts médicaux. * E/ Et puis quoi encore on va leur proposer les repas par une machine qui déversera la soupe depuis le plafond de leur chambre ? Non je ne veux pas d'une telle médecine deshumanisée.	N
243	243. B/ gadget et/ou flicage ? * E/ C'est amusant, ça me rappelle une machine que nous avons inventée il y a quelques années : le « Diagno-stikator » C'est une cabine où le patient s'assoit, il y a un trou pour le bras pour prendre la tension, une ceinture pectorale pour l'ECG et l'auscultation, une fente pour la carte vitale et une autre fente pour la carte de crédit. L'ordonnance est délivrée en moins de 5 mn. On peut installer 2 ou 3 cabines pas salle d'attente, rentabilité assurée dès la première année. Un modèle « spécial maladies vénériennes » est à l'étude avec orifice spécial pour les hommes et endoscope pour les femmes.	N
244	244. B/ ce dispositif peut nous faire gagner beaucoup de temps ds les enquêtes que nous faisons ds les problèmes de poids, hta, diabète etc.. * C/ pour les plaies oui pour les insuff cardiaques cela peut faire gagner du temps au malade lors du début d'I oap et sans doute sauver des vies (utile surtout pour la nuit!!) * D/ je suis installée en ville , ce dispositif pourrait être utile ds les déserts médicaux mais en ville pas d'intérêt me semble t-il , sinon plus besoin de médecins en cabinet !!! on peut tout sous traiter avec le magreb ou l'inde !!!comme pour réparer vos logiciels et appareils informatiques : je vois là la disparition à terme des médecins généralistes et donc de substantielles économie pour la sécurité sociale!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! * E/ les personnes âgées étant sans doute 1 perte de temps pour les médecins et d'argent pour la cpam j'y vois encore là une façon importante de faire des économies !!! passer 1 peu de temps à discuter avec eux n'aura plus aucun intérêt.....	M
247	247. A/ Expertise radiologique a distance dans cadre de permanence de soins mise en place de tele dermatologie mise en place en ehpad de consult psy	
248	248. C/en ille et vilaine j'ai plusieurs patient avec stimulateur cardiaque suivi en permanence avec ajustement à distance par un cardiologue de garde 24h sur 24	
249	249. B/toujours le même débatles nouveaux outils ont des intérêts non négligeables...mais comment les intégrer dans notre pratique réelle sur le terrain...cout/ temps/ efficacité.... * C/ commentaire identique.... intégration des nouvelles pratiques dans notre réalité quotidienne.....Personnellement l'intérêt me semble limité dans ma pratique , car réseau proche de correspondant et pas de problème de distance ... * E/ même commentaire..	N

253	253. A/ -j'ai fait de la régulation médical au sein du samu (expérience terminée depuis quelques années) -je considère que donner des conseils téléphoniques à un patient (en cas de fièvre, troubles digestifs... ou le dosage des AVK lors d'un résultat d'INR) est * B/ le patient est-il informé de la lecture ou non lecture des info par son médecin ? parce que s'il pense que ça a été vu et que ce n'est pas le cas, qui est responsable en cas de problème ? comment ça se passe pendant les vacances du médecin ? * C/ même remarque qu'avant sachant qu'en plus du patient, il y a un interlocuteur intermédiaire qui peut éventuellement ajouter une interprétation des résultats... * D/ j'avais notion que des expertises peuvent être faites à distance sur pièces de dossiers, pas avec des caméras. Reste le problème de l'interprétation de ceux qui envoient les images qui peuvent influencer ceux qui les reçoivent... * E/ c'est certainement une bonne aide mais je préfère avoir un avis téléphonique du patient ou d'un tiers plutôt que d'une machine. Ça permet de mieux adapter sa réponse en fonction du ressenti de chacun et de la capacité des patients à réagir à un problème donné. je me demande encore ce qui se passera en cas d'erreur... quand on a évalué avec le patient et donc eu un échange avec lui, on justifie notre attitude thérapeutique et on a moins de risque d'erreur et de reproche en cas de problème.	N
255	255. B/ je suis totalement opposé à toute telemedecine : c'est la mort du dialogue singulier, de la réflexion, du recul, l'illusion du savoir immédiat non passé à travers l'effort de réflexion et de synthèse individuel, la soumission à la pensée unique dominante; le plus important c'est l'écoute du patient : 50 % de diagnostic qu'elle que soit la pathologie(résultat d'une thèse de médecin parue à Boston, USA, et relatée par la revue prescrire en 1991) * C/ telesurveillance =big brother, 1984, une médecine orwellienne; les personnes âgées ont besoin de relations HUMAINES; il faut payer les SOIGNATS et les AIDANTS et pas les machines * D/ foutaise de pensée unique et de domination des élites (médicales) * E/ ça me fait penser aux cabines d'isolement des malades mentaux en milieu psychiatrique avant la découverte des neuroleptiques votre telemedecine c'est l'aliénation de l'humain, l'envers d'Hippocrate, le triomphe d'une médecine nazie déshumanisée, le visage médical de la barbarie qui vient, dans les chariots du Front Nazi (FN). Personnellement je me "debranche" et vais de plus en plus à rebours de cette aliénation, et cette richesse là que je partage avec mes patients, elle est incomparable: je vous souhaite de la vivre dans votre future carrière: vous ne la découvrirez que sur les chemins de traverse et pas sur les autoroutes des "tele-" de toute sorte	N
257	257. D/ Entre le CHU de Nîmes et l'hôpital local de Langogne (Lozère, département de 70 000 habitants), il existe une liaison qui permet aux médecins généralistes d'interroger les différents spécialistes du CHU Nîmois * E/ étant médecin de santé publique je connais les différentes organisations qui se sont mises en place mais je ne pratique pas moi-même	
260	260. B/ Utilisation personnelle de jacobine/up	
261	261. B/ Pas éligible, suis retraité depuis 2012	
262	262. B/ Y'a-t-il un intérêt à recevoir tout cela sur un smartphone, plutôt que de les consulter tranquillement le jour où on voit le patient en consultation ??? On reçoit déjà beaucoup d'informations par ailleurs (courriers, mails, messages laissés au secrétariat...) pour en rajouter d'autres !! * C/ En fait plusieurs de mes patients en ont bénéficié notamment pour enregistrer holter rythme sur de longue période ou surveillance de leur défibrillateur. A mon sens c'est très positif. Il m'arrive aussi de faire de la télé-médecine artisanale en demandant à l'infirmière de prendre les ulcères en photo et je les visualise par mail plutôt que de multiplier les déplacements à domicile !!	M
264	264. A/ conférence par télé-médecine organisée par l'hôpital local pour des pathologies et des patients ciblés. * D/ Oui à condition que cela ne représente pas un surcoût financier pour le cabinet médical * E/ cabines de télé-médecine me paraissent très intéressantes pour les personnes à mobilité réduite vivant en institution. Pour que cette enquête soit utile pour tout le monde, faites nous part de vos conclusions. Bon courage.	P
266	266. mes réponses ne sont pas exploitables: je travaille en cabinet de groupe de 44 associés!	
270	270. A/ à la Faculté de Grenoble il y a 15 (ce sont des pionniers)	
271	271. C/ je doute de la viabilité de ces systèmes chronophages dédiés uniquement aux oisifs! * D/ quelle usine à gaz! * E/ là on approche du délire des technocrates pour supprimer définitivement les médecins, un grand projet déjà commencé et qui ne sait pas quoi inventer pour être achevé!	N
272	272. B/ un téléphone ne me sert qu'à téléphoner * C/ D/ idem on rend la médecine trop connectée sans contact. / idem	N
274	274. A/ dans le cadre familial (vacances...), transfert de photos par smartphone ou face-time * BCDE/ après exposition de leurs modalités et intérêts respectifs par formation médicale / même commentaire que le thème précédent / idem / idem	M
277	277. B/ peu d'intérêt chronophage * C/ l'expérience que j'en ai eu était initiée par l'hôpital en cas d'insuffisance cardiaque; comme d'habitude, le médecin traitant était totalement écarté du système, ni sollicité, ni prévenu, bref "indésirable". le fameux "pivot" * D/ cela me paraît bien lourd; coût; formation, risques d'erreurs, qui est responsable en cas d'erreur aux conséquences fâcheuses? * E/ mêmes remarques	N
288	288. A/ médecin régulateur au SAMU depuis 2005. médecin tabacologue sur la ligne de tabac info service de 2001 à 2011	
289	289. A/ avis d'expert en demandant conseil à des confrères spécialistes par mail. * B/ Trop de données ne nous permettent pas de faire le point et nous ne parvenons plus à maîtriser: c'est "casse cou" Attention au médico légal ... fiabilité des installations ?	N
294	294. B/ Tout le monde n'y a pas accès... * D/ Très bien!	M
304	304. B/ Rien ne vaut un contact direct avec un patient	N
305	305. B/ Rien ne vaut un contact direct avec un patient	N
307	307. BCDE/ La médecine c'est avant tout de la clinique qui, comme son nom l'indique, se pratique au chevet du patient. / id / id / id	N
308	308. B/ chronophage potentiellement anxiogène utile pour une auto surveillance * C/ souvenir d'un système comparable dans les années 70/80 avec transmission des traces ECG par RTC sur service de cardiologie hôpital d'Avesnes sur Helpe * D/ peu utile à notre pratique en milieu urbain système classique visite à domicile ou en cabinet cs Spécialisée relativement accessible	N
309	309. B/ si près de la retraite * C/ peut être mais s'il faut se former * E/ dans le cadre de maison de retraite	N

311	311. D/ Utilisation partielle (pour l'instrumentation que je maîtrise). A noter que je fais un peu de télé-médecine pour la famille, via facetime (pour conseil aux enfants confrontés à pb médical pour leurs propres enfants), mais pas en pratique de clientèle.	P
313	313. B/ Les informations fournies me paraissent bien limitées : Intérêt ???	N
314	314. B/ il me semble que ce type de dispositif ne peut être utilisé que par des patients bien cortiqués et que c'est un autre type de profil de patients qui en aurait le plus besoin * D/ Grand intérêt pour des consultations à distance pour avis d'expert:neuro, cardio, dermato Intérêt économique:pas de frais de transports * E/ Très intéressant pour des patients bien connus du médecin et à utiliser de façon ponctuelle. On est dans de la technique pure.Rien ne remplacera une véritable relation de contact source de renseignements multiples et de construction de confiance bilatérale.	M
315	315. B/ j'ai autre chose à faire que de tenir la main des patients toute la journée c'est chronophage pour le médecin et le patient se rassure faussement en jouant le rôle de sangsue ...	N
317	317. A/ Clientèle étrangère, RV vidéophoniques sur Skype ou WeChat	
330	330. A/ depuis que le téléphone existe je fais : des teleconsultations,comme le fait le "15" actuellement. Pour le suivi d'un pathologie aiguë menaçante, ou pour la titration d'une insuline basale,etc. des télé expertises avec mes correspondants, notamment cardiologue à qui je peux mailler un ECG ou simplement décrire une situation, de même avec le dermatologue voir le rhumatologue, etc. Depuis que j'ai un smartphone je fais des télésurveillance notamment pour les plaies chroniques avec les IDE équipées. Depuis e courrier électronique, les INR par messagerie cryptées, les RX en direct sur le site du radiologue... Quant à la régulation téléphonique, je la pratique à mon cabinet car si j'allais au SAMU pour le faire, je ne serais plus à disposition de mes patients qui seraient alors obligés de voir à quelqu'un d'autre. * B/ Oui pour faire de l'éducation thérapeutique. je ne suis pas d'accord pour me servir de ce genre de données pour "diriger" le patient, mais pour lui apprendre à se diriger lui-même pourquoi pas. Par contre, "trimbaler" une telle quantité de données c'est vraiment alourdir le poids de la pathologie ressentie par le patient, donc cela ne conviendrait pas toutes les personnalités. La priorité c'est la qualité de vie du patient et non pas un vie "normée" * C/ oui puisque je le fais déjà avec mon réseau de paramédicaux pour mes patients. Développer ce genre d'outils implique du matériel, du temps, des procédures, des évaluations donc des financements qui ne sont pas encore parvenus jusqu'à moi. * D/ je suis en ville avec une centaine de spécialistes dans un rayon de 5km2 deux hopitaux généraux, un hopital privé, 2 ehpad, et à moins de 25 km de 8 CHU. Cet environnement permet depuis longtemps une prise en charge des patients par téléphone et par Internet sans problème. * E/ le recueil de données est une chose et une machine peut s'en charger. l'interprétation et l'usage des données recueillies concerne une collaboration patient médecin qui nécessite une bonne connaissance réciproques c'est à dire une relation médecin patient "intime" sans média qui donne toute sa place à la communication non verbale et au toucher en autre.	M
332	332. B/ Aujourd'hui on n'a plus le temps de faire déjà nos consultations et visites à domicile correctement du fait du manque de médecins il est impossible de faire quoi que ce soit en plus ! * C/ Tres dangereux car necessite beaucoup de temps et de precaution pour eviter des erreurs	N
333	333. B/ la curiosité pourrait me faire essayer ces applicatoin * C/ peut-être * D/ c'est peut-être l'avenir de la médecine dans les zones rurales pauvres en médecins.... * E/ quelle est la responsabilité médicale dans toutes ces techniques ?... intéressant, à	M
334	334. B/ je perçois cette façon de faire comme très chronophage, aucun tri n'est fait avant la collecte d'informations qui ne seront pas toutes utiles, donc une "rentabilité" discutable	N
338	338. B/ On croule déjà sous les informations, alors encore en +....	N
340	340. B/ je pense que l'obsession des mesures engendre anxiété et hypochondrie * D/ Je suis très attaché à la relation personnelle physique avec le patient	N
343	343. B/ Est-il obligé de techniciser l'activité physique pour que les patients s'y mettent? Ça s'apparente à du coaching. Il n'est pas dans mon rôle de contrôler si mon patient, bien informé de l'intérêt d'une activité physique régulière, le fait vraiment ou à moitié. Je l'interroge sur ses pratiques, je ne suis pas tout le temps derrière. Je ne pense pas que ça le responsabiliserait. De plus, je crains la dérive d'un contrôle possible d'organismes d'assurances... qui pourraient majorer leurs primes en cas de non respect des conseils donnés(c'est une perspective un peu parano, mais bon...). * C/ Éventuellement intéressant pour les plaies. Pour l'insuffisance cardiaque, une bonne éducation du patient qui se pèse régulièrement, sait quand il doit consulter (prise de poids, dyspnée, œdèmes) et fait éventuellement des automesures tensionnelles me paraît largement suffisant en pratique courante. Je suis très inquiète du cout de la télé-médecine par rapport au bénéfice que l'on peut en attendre.Ne pourrait-on pas former plus de médecins plutôt que tout cet investissement? Et que dire de l'aspect médico-légal: si le médecin, pour des raisons techniques ou autre, n'a pas eu les informations du monitoring... * D/ Pourquoi pas dans des zones très déficitaires? Je n'en voit pas l'intérêt dans ma pratique actuellement. * E/ Ça manque un peu d'humain tout ça. Les personnes, en particulier les plus âgées, ont besoin de contact et de chaleur humaine.De plus, il ne faut pas être claustrophobe...	N
345	345. B/ Je ne vois pas l'intérêt de ce genre de suivi par le médecin généraliste a titre perso d accord J ai les éléments quand je les vois en cs	N
347	347. C/ Je suis membre de Cardiauvergne	
349	349. D/ la proximité et disponibilité des spécialistes pratiquant rend ce système dans notre région peu utilisable.	N
351	351. A/ en qualité de consultant du site Médecin Direct * B/ nécessité de disposer d'un réseau et d'une convention avec l'agence régionale * C/ idem * D/ idem * E/ idem Le problème n'est plus technique mais politique : il s'agit concrètement de mettre en place les conditions de fonctionnement et de règlement des actes de télé-médecine ; cela suppose un accord entre l'agence régionale et les syndicats qui permette d'utiliser le dmp dans le cadre d'un réseau de santé qui associe le secteur hospitalier et les médecin libéraux ! Le retard pris est incompréhensible !!!	M

354	354. B/ pratique tres couteuse en disponible et temps du medecin et non remunerere. de plus attention afflux d'informations qui deviennent de ce fait non utilisables en pratique. voire dangereuses. * C/ attention au fossé entre théorie et pratique AHA il faut 24 a 48 h et entre 5 a 10 coup de fil pour joindre le service de soins palliatif a domicile et je ne n'evoque pas les rdv specialistes et/ou hospitaliers.	N
355	355. B/ chronophage	N
356	356. A/lecture de clichés radio dématérialisés * B/ ne rentre pas dans le cadre de ma spécialité * C/id * D/ je le fais régulièrement dans le cas de demande de 2eme ou 3eme avis * E/ id	M
357	357. A/ Régulation samu	
363	363. B/ Ce travail demande à être fait en équipe pluridisciplinaire. Une infirmière devrait être associée à tout cabinet médical. La synthèse doit être faite de façon mensuelle par le médecin généraliste, sauf urgence rare. * C/ Le généraliste doit rester la base du système. Donnons lui les moyens. Nous repartons dans l'hospitalo centrisme. * D/ Cette consultation spécialisée entre confrère paraît être une solution d'avenir. L'usage m'en paraît rare en médecine générale. * E/ Méthode est envisageable plus facilement en institution. Tout dispositif qui remet le généraliste au centre du parcours de soin est bon. Mais je ne suis pas	N
365	365. E/ Je n'ai aucune affinité avec l'informatique et les techniques modernes de communication (portable, internet); je les	N
367	367. B/ Cela me paraît réellement sans intérêt démontré. De l'ordre du gadget. * C/ Très circonspect sur l'intérêt de tous ces "réseaux". Je suis convaincu de leur coût cependant. Ne serait-il pas plus rentable de revaloriser les consultations longues de suivi de ces patients par le praticien soit disant pivot qui les connaît le mieux ? Je crains également que tous ces réseaux de surveillance par des infirmières ne nous dépeuplent progressivement du cœur de notre métier. On va servir à quoi au final ? * D/ Idem supra. En plus je n'exerce pas dans un désert médical (notion d'ailleurs tout à fait sujette à caution dans un pays comme la France où 98 % de la population a accès à un médecin en moins de quinze minutes). * E/ Ça peut valoir le coup dans les	N
368	368. A/ HAD dossier partagé, 3 sites, visio etc... * D/ dermatologie	
372	372. E/ j'imagine que tous ces dispositifs aboutiront à l'élaboration d'une "machine" qui établira le diagnostic et prescrira la thérapeutique, à partir d'une pression de l'index du "patient".... J'espère que cela prendra suffisamment de temps pour que vous puissiez exercer "ce beau métier"....	N
374	374. A/ en Ehpad avec appareillage acheté grâce aux ARS et qui est rangé dans un coin et ne sert à personne...	N
376	376. B/ si cotation adéquate et pas de perte temps * C/ 23 euro ? * D/ toujours 23 euro ? * E/ et la clinique ?	M
377	377. B/ informations probablement utiles mais qui vont s'ajouter à toutes les données / patients. * D/ cela me paraît pour l'instant peu adaptable à mon mode d'exercice tant que j'ai encore facilement accès aux différents professionnels de santé (IDE. SPE. URGENCES.). * E/ Je suis pour l'instant pas favorable et disposé à ce mode de pratique sauf si la pénurie de personnels conduit à la robotisation des actes médicaux.	N
378	378. B/ Réticences pour le moment devant la perspective d'un afflux de données supplémentaires à gérer, en plus des CR de spécialistes, des examens de labos.. A moins que ces données arrivent directement sur le dossier du patient.. * D/ Non, pour le moment devant la perspective du temps à y consacrer.. mais les perspectives sont intéressantes, si cette télécs ne se substitue pas peu à peu à une cs présenteielle.. * E/ Pour les patients que j'ai en EHPAD, et qui sont éloignées du cabinet, cela peut être intéressant.	N
379	379. D/ l'idée traîne depuis longtemps entre le CH MULHOUSE et le CH Thann mais peut être devriez vous venir nous en	
382	382. B/ = Actes non payantes (aujourd'hui);	N
384	384. D/ trop de téléconsultations tue la consultation !	N
386	386. B/ Pas souvent le temps de consulter déjà mes messages personnels. Je n'ai aucune envie de rajouter du temps de travail supplémentaire à consulter des mails venant de plusieurs patients quotidiennement, en assurer la RCP, sachant qu'il y aura forcément abus des patients pour ne pas venir consulter PHYSIQUEMENT. Par ailleurs cela fait quelques décennies que j'accomplis bénévolement beaucoup de choses pour la santé publique (comparativement aucun artisan ni avocat ni urssaf ne me ferait un centime de cadeau dans le même esprit). Par ailleurs bcp de superficialité dans le quantified self!!! (par contre cela fait l'affaire des inventeurs de ces machins informatisés genre silicon valley)	N
387	387. A/ MMS via iphone avec des correspondants, dermato surtout, orthopédiste pour avis ponctuel, IDE pour suivi des pansements * C/ Cela existe déjà sous forme d'HAD non ? Ça semble un peu lourd sur le plan logistique pour un avis ponctuel ou une surveillance. Comment cela est-il rémunéré pour les consultants ou les IDE ? * D/ intéressant dans les déserts médicaux	M
389	389. CDE/ Dans un autre mode d'exercice que le mien actuellement qui ne laisse pas la disponibilité nécessaire / Dans un autre mode d'exercice que le mien actuellement qui ne laisse pas la disponibilité nécessaire / Dans un autre mode d'exercice que le mien actuellement qui ne laisse pas la disponibilité nécessaire	N
391	391. BCDE/ Sous réserve d'une rémunération correspondante / Sous réserve d'une rémunération correspondante / Sous réserve d'une rémunération correspondante / Sous réserve d'une rémunération correspondante	M
392	392. A/ médecin régulateur au SAMU ...	
393	393. B/ trop peu "cadre" à mon avis, risque de profusion d'informations à traiter * D/ ce type de système me semble utile pour des zones géographiques difficile d'accès, pas dans une ville comme Nice. * E/ même raison que la précédente	M
396	396. A/ Avec le PrArlet au CHU de Toulouse lorsque j'étais interne: consultations de télé-médecine. + CHG de StGirons: transmissions de TDM via télé-médecine pour interprétation par un radiologue du CHU.	
398	398. B/ Si ça s'ajoute à la quantité de travail journalière et qu'on se retrouve à faire cela le soir en fin de consultation, ça risque d'amplifier de manière non négligeable le temps de travail * C/ Même remarque * D/ La médecine et l'examen médical incluent tout de même l'examen clinique (notamment la palpation) et je ne pense pas que cette partie là de l'examen soit compatible avec la téléconsultation	N
399	399. A/ MgClinique : liste de diffusion mail de médecins où l'on peut exposer entre autre les cas qui nous pose problème. Réponse en général rapide. Matériel : ordi et connexion internet.	
403	403. E/ Ce n'est pas la médecine internet que veulent les patients. Ils cherchent un contact humain et physique. Ils ont besoin d'être touchés . Augmentons le numéros clausus que nos gouvernements successifs s'acharnent à limiter . Nos patients iront vers les gourous , ostéopathes , magnétiseurs ... Effectivement 23 € pour une consultation de 45 mn c'est de la honte . Chez un ostéopathe c'est 55 € minimum. Envoyons plutôt les patients chez nos amis correspondants , mais les rendez vous à 6 mois c'est pas possible ... merci docteur.bernardeau@wanadoo.fr	N
406	406. A/ suivi bilan suivi mail (mapa, dextro, nouvelles ,résultats)	
407	407. A/ résultats de laboratoire, correspondance, transmissions de données : ecg, photos, fmc par internet...	
408	408. B/ Mais attention au risque pour le patient que ça tourne à l'obsession * D/ Probablement par défaut d'information et d'exemple personnel pratique et concret, je suis frileuse à l'idée de ne pas être physiquement avec le patient, peur de passer à coté de certains signes, du "ressenti" global qu'on a en étant avec les gens.	N
409	409. A/ pratique de régulation en centre 15 pdt 8 ans	

410	410. A/ telesurveillance médicale et réponse au patient via le mail	
411	411. BCDE/ pas de temps bénévolat à haut risque / pas de temps bénévolat à haut risque / pas de temps bénévolat à haut risque / pas de temps bénévolat à haut risque	N
412	412. A/ en ehpad en cours d installation au cabinet	
413	413. A/ discussion par mail avec des confrères plus expérimentés sur des cas cliniques. (mais cela ne répond peut être pas à votre question ?) * D/ difficile de répondre si c'est dans un cadre structuré. Par contre, il arrive de plus en plus souvent que des patients demandent des consultations (gratuites) par mail, par exemple en joignant copie de leurs analyses biologiques . Dans le cas de patients, en province, à l'étranger ou dans le sDOM TOM, je passe beaucoup de temps à leur répondre	M
417	417. A/ régulation pour SOS médecin * B/ pratique de la médecine d'urgence donc pas d'application pour moi * C/ idem * D/ application possible en urgence * E/ idem	M
424	424. A/ Transmission d'ECG aux cardiologues, de radio (radiologues et orthopédistes)	
425	425. A/ Telesurveillance / télé expertise en dermato * C/ Cela dépend des contraintes	M
427	427. A/ en dermatologie de smart phone a smart phone * B/ je propose systematiquement l'achat d'un appareil tensionnel aux hypertendus,et fait controler la tension aux patients à leur domicile avant tout initialisation de traitement,reste plus qu'à les connecter,je ne fais d'ailleurs plus aucune visite il n'y a plus aucun frein en ce qui me concerne à déshumaniser la médecine, * C/ je lisais récemment dans une revue médicale qu'il faudrait 10 paramedicaux pour se substituer à un médecin généraliste libéral,il n'y aucune évaluation du bénéfice de telles applications,une étude HAS récente sur les pôles de santé qui concentrent les aides de telles expérimentations,montre qu'elles n'améliorent pas les pratiques,que le coût global n'est pas moindre...La seule chose qui serait efficace en terme de coût serait de délocaliser tout les professionnels au maroc...pour soigner les gens au moindre coût à distance(les americains le font déjà pour l'analyse des clichés IRM,mais les ricains ne brillent pas par leur efficience coût,et efficience pas loin de certains pays sous développés. * D/ C a parait merveilleux et acceptable mais compliqué sur le fond,sans garantie d'économie et temps libre dégagé.Vous noté en plus que le système pourrait intégrer un système couplé à un échographe,je fais de l'échographie dans ma pratique de médecin liberal de premier recours,le positionnement de la sonde est loin d'être inné, il y a longtemps d'ailleurs que l'enseignement de l'echo devrait faire partie du cursus,voir apposé aux enseignements d'anatomie et dissection. * E/ je suis déjà passé au stade industriel,ce type de dispositif ne m'effraie pas,mais il est certain qu'il répond à des situations de désert médical plus particulièrement,mais il y aura toujours un médecin ou infirmier mobilisé derrière chaque machine,imaginons alors 10,20 cabines gérées par un homme...peut-être qu'à ce niveau ça deviendra financièrement viable.	M
429	429. B/ je n'ai pas de smartphone * D/ médecin de proximité dans une commune de >10.000 habitants, à 5 minutes du centre hospitalier, je ne me sens pas concernée par ce genre de système. par contre j'utilise régulièrement courrier, mail ou téléphone pour des avis auprès de confrères et les patients appellent pour avis parfois. Peu à l'aise avec la consultation à distance, il est fréquent que cette demande d'avis aboutisse à une consultation présenteielle. * E/ quid de l'odeur, du toucher, de l'atmosphère, de l'ambiance... la médecine se résume-t-elle à qq sens (vision, audition)et à des paramètres chiffrés?	N
430	430. B/ Trop contraignant pour le patient...et trop " je surveille tout ce que vous faites" je préfère qu'ils adhèrent eux mêmes aux règles HD comme des grands. * C/ Surtt pour les plaies chroniques! Pour Le suivi de l'insuffisance cardiaque les patients ou des ide interviennent bénéficient souvent de ce genre de surveillance rapprochée et les ide nous appellent si besoin * D/ A priori je préfère avoir le patient en face de moi et pouvoir l'examiner vraiment. La palpation fait partie de * E/ Surtt chez la personne âgée je trouve que l'examen physique est important.	N
433	433. B/ Pourquoi pas, si la connectique n'est pas chronophage. Je resterai toujours réticent à tout ce qui rend le sujet obsessionnel. * C/ Là encore, suivant aisance et facilité de connexion aux serveurs, de simplicité d'usage * D/ Je ne me sens pas utilisateur dans ma pratique actuelle	M
434	434. A/ UNE FOIS EN EHPAD * D/ PAS TOUS LES JOURS:TEMPS	M
435	435. A/ Ce que j'ai fait ne semble pas entrer dans votre étude : ce sont des entretiens de psychothérapie avec des patients déjà suivis mais temporairement éloignés de Paris ou ne pouvant pas se déplacer au cabinet. * B/ J'ai expérimenté whithings pour ma propre surveillance de TA.	
436	436. B/ L'utilisation me semble corrélée à l'état de stress et d'angoisse (sportifs intensifs ?, salle de musculation..) ensuite le medecin est libre de l'interpretation de ces données * C/ On se rapproche peu à peu de IA (Intelligence Artificielle) de Spielberg Je deteste etre pisté (et donc aussi pour les autres) N'oublions pas que l'effet placebo, c'est efficace (sinon démontré, actuellement) avec contact humain et empathie sinon affection et croyance dans le pouvoir-agir du "savant", tant gourou-dieu, medecin-malade que mere-enfant dont les pleurs se calment dans les bras (placebo ?) Avant la science et les mesures, nous avons survécu La medecine traite 5% de problemes medicaux, bien moins efficace que eau potable et salle de bains * D/ exercice en zone urbaine, specialiste et hopitaux a disposition * E/ c..ontac.t Hu..mains diffi..cile Panne reseau Veui..llez re-initiali...ser vos mes..ures Prendre la Tension est aussi sinon surtout prendre attention. Je crains le manque d'empathie de	N
437	437. A/ transmission d'ecg via iphone au SAMU Transmission d'images radiologiques de ma console vers un service de chirurgie via @	P
447	447. E/ Sérieusement vous pensez qu'en demandant ce que pensent des confrères vous réalisez un travail de thèse apportant quelque chose à la profession ?	
448	448. A/ photo d'escarre transmise par smartphone	
449	449. B/ Pour un contact avec un spécialiste	
454	454. B/ tres gadget à mon avis utilisé par des biens portant Je le vois dans ma pratique quotidienne ou les patients ne veulent meme plus qu'on les examine, ne se deshabilite plus!!viennent pour des demandes d'ordonnances d'IRM des qu'ils ont mal dans le dos apres avoir vu l'osteopathe... * D/ comment coter un acte sans avoir examiné le patient!!	N
457	457. pas le temps, et je quitte la médecine générale car trop de contraintes et peut rémunérée! Déçu, pourtant quel beau métier! / pas le temps, et je quitte la médecine générale car trop de contraintes et peut rémunérée! Déçu, pourtant quel beau métier! / pas le temps, et je quitte la médecine générale car trop de contraintes et peut rémunérée! Déçu, pourtant quel beau métier! / pas le temps, et je quitte la médecine générale car trop de contraintes et peut rémunérée! Déçu, pourtant quel beau métier!	N
460	460. C/ citadin pur jus utilite surtout en zone peu peulee	M
461	461. A/ interprétation à distance des ECG	

462	462. A/ Si on appelle ça de la télémédecine : transfert par fax ou mail d'ECG, par mail de photos, échange par mails avec des pa	N
464	464. B/ chronophage	N
468	468. B/ Eventuellement utile pour quantifier l'activité physique (beaucoup de patients disent bouger toute la journée, et la quantification réelle est difficile à obtenir) * C/ Cela serait intéressant à tester, sous réserve d'une certaine lourdeur administrative. * D/ Je ne testerais cela que pour les personnes habitant très loin du cabinet médical, en dépannage (en cas d'impossibilité pour elles ou pour moi de se déplacer) Cela ne serait pas non plus systématique, la présence physique du patient et du médecin dans la même pièce me semble indispensable : pour la palpation abdominale, l'examen rhumatologique, mais aussi en cas de douleur morale du patient. Le réconfort serait bien plus difficile à apporter via la télémédecine. * E/ mêmes commentaires que pour la téléconsultation. Ces deux choses me semblent d'ailleurs similaires	M
470	470. B/ notre temps est bien compté difficile de gérer en plus ce genre d'application mais une bonne note ds un avenir +- proche je pense que ce genre d'appli sera valade voire nécessaire	N
473	473. BCD/ A condition que notre pratique ne se transforme pas ainsi en pur bénévolat. Les diffuseurs de smartphone et d'appli ne le font pas gratuitement. Pour les médecins, la rémunération n'est jamais abordée... / même commentaire que précédemment. / même commentaire que précédemment. * E/ me semble concerner les "déserts médicaux" pour le moment	M
475	475. BC/ fonction temps et rémunération pour interpretation des données / fonction temps et rémunération pour interpretation des données * DE/ c'est la déshumanisation de la médecine / c'est la déshumanisation de la médecine	N
478	478. C/ INSTALL2E EN MILIEU URBAIN PEU UTILE * D/ POUR EVITER DE DEPLACER LE PATIENT TRES UTILE EN DERMATO * E/ TROP COUTEUX ET PEU D'INTERET /LES RENSEIGNEMENTS DONNES PAR LES SOIGNANTS PAR TELEPHONE SUFFISENT	N
482	482. B/ le harcèlement informatique en sus du harcèlement téléphonique, administratif... etc !!!! par contre le patient peut très bien me consulter avec ses données informatisées, ce que je pratique couramment avec "mes" diabétiques * C/ idem cqfd * D/ aucun intérêt pour ma pratique, mais je vois bien l'intérêt pour certaines situations atypiques * E/ Il faut n'avoir jamais pratiqué de consultation ou avoir une humanité totalement débranchée pour imaginer une pareille connerie, ou n'avoir pas lu le prophétique "meilleur des mondes" d'Huxley	N
485	485. B/ je n'ai pas connaissance de ces fonctionnements * C/ pas d'opinion sur le sujet * D/ une bonne consultation sur place est plus globale et sans doute moins couteuse et aussi plus sympathique plus humaine ! * E/ Cest une recherche de délégation de taches pas une recherche de tele consultation. De plus un bon examen sur place n'est pas bien couteux et permet de connaitre ses confrères ...	N
488	488. A/ transfert de radio aux ortho pour avis transfert d4ECG aux cardio pour avis	
489	489. B/ Notamment pour des données comme la TA. L'une des questions que je me pose est: aurais-je le temps de traiter ces données? Actuellement j'utilise des tableaux sur papiers libres que le patient remplit et me rapporte pour sa consultation * C/ Trop spécialisé? * D/ Je pense que le patient pourrait gagner du temps * E/ Si on prouve que ça apporte vraiment un plus pour le patient, sans trop le "médicaliser", peut être...	M
496	496. A/ teleconsultation	
498	498. B/ dans le cadre d'éducation thérapeutique uniquement * C/ oui pour le suivi des plaies complexes * D/ je serai plus intéressé par le retinographe du fait des délais de consultations OPH et du nombre croissant des diabétiques	P
499	499. C/ Icalor est en cessation de paiement et d'activité. Aucun intérêt en pratique courante puisque le dossier n'était renseigné que par les professionnels eux mêmes, médecin et infirmière. Donc dossier commun permettant de la santé publique mais en aucune manière une aide au suivi du patient.	N
501	501. A/ Dermatologie avec Résidence La Renaudie Plaies complexe avec Clinique Pasteur * D/ Mise en place prévue, maison de retraite avec secteur Alzheimer et psychogé.	P
503	503. B/ si cela n'augmente pas notre temps de travail et apporte un plus au patient pourquoi pas ?mais si on doit le soir contrôler tout en tas de données qui arrivent de partout , alors non * D/ pas tout à la fois SVP * E/ en particulier dans les EPHAD cela pourrait rendre service et éviter bien des déplacements inutiles mais selon quel type de rémunération	M
504	504. B/ pourquoi pas	M
507	507. C/ Rien ne remplace le face à face medecin malade * D/ Peut etre interessant dans les deserts medicaux mais pas à montreuil	M
510	510. A/ transmission des ECG quand j'étais vacataire au SMUR de Lille (1987-1997)	
517	517. D/ projet de télémédecine pour l'examen de plaies chroniques avec l'expertise du CHU, à l'étude et en projet	
519	519. A/ Envoi de photos pour consultation dermatologique .	
521	521. A/ en tant que médecin coordonnateur EHPAD, j'ai été sollicité pour faire parti d'un essai de télémédecine. Or dans cet essai j'avais pour mission de trouver les experts intervenants ce qui n'était pas de mon ressort. Or je savais que les experts ayant tourné le film document ne seraient pas disponibles. Les seuls experts que j'aurais pu convaincre étaient des psy or ceux ci veulent de principe toujours voir le patient en entretien, ce qui m'a fait me retirer du projet pilote. * B/ je n'ai rien compris dans vos liens. Ce qui m'a été proposé est un gros engin nécessitant une salle appropriée. Avec ECG procédé photo relief pour dermato - ... * D/ vos liens sont peu explicites * E/ j'ai connaissance de réalisations du CHU Nancy, mais c'est lui qui fournit les expert pour ses sites satellites. Comme je vous ai dit je serai partant si l'on me fournit les experts mais je n'ai pas connaissance d'experts pour les EHPAD. Peut-être qu'en valorisant le travail des experts...pas pour les constantes de base, cela peut se transmettre directement au MT ou en son absence au medecin Co mais fibre optique spirométrie ou ECG et diagnostic dermato OK J'avais en libéral des correspondants cardio à qui j'envoyais l'ECG par fax en cas de difficultés Pour un BB complet je me suis permis d'envoyer l'ECG par Fax sans l'appeler c'est lui qui m'a appelé! c'était de la télémédecine...	M
523	523. B/ Un patient m'a montré à plusieurs reprises ses courbes de TA sur tablette grace à un tensiometre Withings au cours des consultations, je n'envisagerai pas un suivi par mail. * C/ En c, j'aurais aimé une case "ne sait pas" * D/ [oui] par curiosité surtout... * E/ Ça semble trop spécialisé pour moi qui ne saurais pas interpréter les ECG correctement; on approche de la science	M

529	529. A/ consultation a distance de resultats de labo, conseil samu apres envoi d'un sms ECG, idem apres envoi sms patho ORL de nuit, reception de cliché de scanner et IRM * B/ Gros probleme medico legal si les résultats montrent des anomalies que le MT ne voit pas a temps...nécessité de definir des seuils d'alerte pour chaque patient...travail et reponsabilités supplémentaires * C/ utilité cette fois de la mise en reseau, partager les responsabilités pour decharger le MT, et acclerer une prise en charge pour le bien du patient/ reduction tps+nb hospi.. * D/ trop d'ecart entre l'exigence de competence "coté" medecin , et pas de competence requise pour la manip coté patient...pb medico legal de l'acces a l'info coté patient * E/ déjà vu installé dans une EHPAD, 6 mois apres toujours personne pour l'utiliser ou sachant meme le faire...a voir. tant que personnel peu habitué ,	N
534	534. B/ dans un monde où l'obésité explose, je serais plus pour de la prévention que pour l'apparition de ses gadgets, que les personnes utilise qq jours comme les vélos d'appartement! * D/ que fait on de la relation médecin patient?? * E/ déjà que le contact humain est de plus en plus limité dans les maisons de retraite...Pour les lectures ECG à distance je suis pour, mais ne pas tout robotiser	M
536	536. B/ Peut etre pour quelques surveillance de constantes : au lieu de faire venir le patient pour le pret d'un appareil a TA, et de le faire revenir pour déposer ses résultats (ce qu'il fait en general entre 2 cs, en me notant son num de tel, je regarde et je rappelle : ce qui serait plus simple avec un systeme de transmission de données). Idem pour les glycemies. * D/ Pas nécessaire dans ma région..... * E/ Pourrait permettre de "trier" les visites, qui sont de plus en plus difficile à faire...et on a une population	M
537	537. B/ inutile * C/ pourquoi faire compliqué qd on peut faire simple.tout ça est du cinema qui sert qqes uns à se faire mousser! * D/ VS SAVEZ COMBIEN COÛTE une écho correcte ?	N
540	540. B/ pas le temps dédié	N
541	541. B/ uniquement si les données sont intégrées automatiquement dans mon logiciel	M
545	545. BCD/ manque de temps / toujours manque de temps / idem * E/ manque de temps et de collaborateur bon courage	N
547	547. A/ réunion trimestrielle télémedecine des centres anti douleur de la région midi pyrénées, réunions interclud midi pyrénées * BCDE/ pas pour moi (en retraite dans quelques mois...) mais pour mes associés plus jeunes et pour les successeurs.. / même réponse que plus haut / idem / idem	M
548	548. C/ Uniquement Domoplaie	
549	549. A/ smartphone pour avis dermato * CDE/ Cotation de l'acte ? / Cotation de l'acte ? / Cotation de l'acte ?	M
552	552. B/ Pratique qui me parait très chronophage pour un résultat non démontré * D/ De nombreuses barrières subsistent: juridiques, tarifaires, de formation des intervenants...	N
555	555. A/ réponse aux questions posées par des patients * BC/ pas le temps / idem	N
556	556. B/ La médecine se base sur le contact humain. La télé medecine est une aberration. * C/ Idem que plus haut. Vers quel soin allons nous? Un smart phone qui ne fct pas, un réseau qui beug.. Les patients sont des humains!!!! Que faites vous de la relation humaine???? * D/ Pauvres patients! Pauvres médecins devenus de simples techniciens payés bientôt 2,3 la consult.... Quel avenir!!! Quand l'évolution sera celle ci, j'espère pouvoir ne plus être endettée et donc a la botte de notre chère SS pour exercer décentement le métier que j'ai appris. * E/ J'espère que le patient en question n'a pas de Parkinson, d'alzheimer et qu'il a l'esprit plus ouvert que moi. Quand un voir comment les ap ont du mal a chercher de l'argent au distribanque alors qu'il n'y a plus de guichetier, on peut légitimement s'interroger sur la faisabilité de ces consults! Qu'elle déshumanisation!!!!	N
558	558. B/ Malgré l'intérêt que je porte aux nouvelles technologies, je préfère privilégier une relation directe avec le patient * C/ Ok pour une surveillance à distance pour des zones de "désert médical" * E/ j'exerce dans un secteur ou ces dispositifs ne sont pas prioritaires	N
559	559. A/ Cs téléphoniques , mails de patients avec photos d'éruptions , envoi d'images de télétrachis au spécialiste , photos de plaie transmises par IDE	
561	561. C/ pour la cardio * E/ peut etre	M
563	563. B/ je suis medecin et pas télé medecin * CDE/ pour les spécialistes en zones sous medicalisée peut e^tre mais ce n' est pas à mon sens une réponse envisageable . Mieux vaut il faire survivre la profession / idem / idem: désolé	M
564	564. A/ pas disposé à donner mon adresse amil * E/ surcharge de travail mal controlée ,exposant à depassemnt de capcité	N
565	565. B/ chronophage et anecdotique * C/ inutile en ville	N
566	566. A/ avis téléphonique avec un confrere !!!!	
567	567. BCD/ [non] Du moins sans cadre légal / Idem / Idem * E/ Les infirmières des EPAD donnent déjà les paramètres et reçoivent les consignes par téléphone portable	N
570	570. B/ Je suis installé en ville et rien ne vaut pour faire une medecine de qualité le contact humain * C/ Quel est le but de ces dispositifs ? n'est-il pas économique ; moins de medecin ou d'infirmière Mais la qualité ? * D/ et la main posée sur l'épaule Vous avez dit humaniste ? * E/ Décidement je suis trop vieux pour cette médecine là, déjà je l'étais pour les jeux video !!	N
572	572. B/ TROP COMPLIQUE A MON AGE * C/ PAS DE FORMATION ? * D/ CA PEUT ENERVER ? * E/ PAS ASSEZ FORMER	N
573	573. A/ Je fais souvent des consultations téléphoniques avec les patients que je connais bien ou donne souvent des premier conseils par mail. Le fait de pouvoir envoyer des photos me permet par exemple d'aider rapidement les parents dont un enfant a une petite éruption banale qui les inquiète. Je donne très souvent des petits conseils aux parents pour les petits enfants par mail et suis très disponible par ce biais.Mais au final je suis pour un contact direct avec le patient qui est beaucoup plus efficace en terme de réussite d'un traitement. Pour moi il s'agit d'une médecine occasionnelle de dépannage d'urgence quand une consultation n'est ni possible ni vitale.	M
574	574. A/ régulation libérale centre 15 * E/ Installé en zone rurale qui plus est en zone "montagne", l'éloignement de certains patients voire simplement l'éloignement du cabinet par rapport à l'hôpital le plus proche (35 km) pourrait tirer bénéfice de ce type de pratique. Pour ma part, l'écueil principal réside dans la formation à l'usage de ce type de matériel, son coût (formation et matériel) et le temps à y consacrer.	M
575	575. B/ Dans l'état actuel des choses la télémedecine est un travail supplémentaire en dehors des temps de consultations qui sont déjà surchargés sans compter le traitement des mails, du courrier, et des info médicales * CDE/ idem que précédemment. Il faut que la télémedecine soit rémunérée et incluse dans les temps de consultation et non pas être du travail supplémentaire et une charge de plus pour le médecin généraliste / idem / idem	N
576	576. A/ sans resultat	
579	579. E/ Attendre de façon objective les résultats des expérimentations (interet d une expertise externe sans conflit d interet) Limites de ces expertises , cout reel, prise en charge par les assurancessans etre hostile aux réseaux , tres souvent les résultats sont enjolives pour permettre leur financement .	M
581	581. A/ Docteur, est-ce que je peux donner un deuxième suppo de doliprane à Kevin, il en a déjà eu un à 21 heures. Oui * B/ Faut arrêter de prendre les médecins généralistes pour des cons! On est des médecins, pas de coachs!!! * C/ Bof! * D/ Rebof! * E/ Il est temps que je me tire dans un pays normal! Mais peut-être que c'est de planète que je devrais changer!	N

583	583. A/ familiale avec skype en territoire n'ayant pas de poste médical à moins d'une semaine (du à la distance et au transport, par bateau ((groeland))) Ce qui entraîne un refus de consultation local 8 jours après en arrivant avec un diagnostic avancé au préalable ! (pratique pour un platre !! * B/ sur mac ? * C/ en région Parisienne ??? * D/ densité médical trop forte qui paye le matériel ? aussi bien en privé qu'en public? * E/ qui paye l'implantation dans les maisons de retraite? (plusieurs par commune)	N
585	585. B/ je n'ai pas de smartphone et je ne pense pas en acquérir dans l'immédiat * C/ j'ai l'impression - à tort peut-être - que cela me prendrait plus de temps mais c'est comme une nouvelle pratique. Plus on l'utilise plus elle devient un outil incontournable * D/ Pour ce faire il faudra intégrer dans notre pratique quotidienne un temps de gestion "téléconsultation" au même titre que les visites et les consultations classiques * E/ en fait pour tous ces dispositifs de téléX, ce sont les acteurs para-médicaux qui me contactent par téléphone portable pour me communiquer les données cliniques et paracliniques. J'ai l'impression que la téléX ne fera que remplacer le téléphone comme outil de communication.	M
586	586. D/ pour l'instant nous répondons aux questions précises de nos patientes uniquement, posées par mail, ne nécessitant pas de réponse urgente, en lieu et place de la question téléphonique. Cela nous permet de choisir le moment de la réponse. Et de conseiller si nécessaire une consultation. Cela peut donner lieu à une ordonnance, et est évidemment gratuit...	
587	587. A/ envoi de compte rendu d'IRM à un chirurgien orthopédique pour un rendez vous plus rapide envoi de photo prise avec un appareil photo numérique à un dermatologue ou un chirurgien pour avis sur une lésion * B/ comment se le procurer ?, quel prix ? quelle prise en charge ? * C/ système de consultation dermato pour plaies chroniques en Gironde	M
588	588. D/ pour l'instant nous répondons aux questions précises de nos patientes uniquement, posées par mail, ne nécessitant pas de réponse urgente, en lieu et place de la question téléphonique. Cela nous permet de choisir le moment de la réponse. Et de conseiller si nécessaire une consultation. Cela peut donner lieu à une ordonnance, et est évidemment gratuit...	
590	590. A/ hprim	
591	591. B/ pour une surveillance rapprochée ,l'hôpital me paraît toujours le bon outil ,sinon ce n,est pas la peine: ou le probleme est reel et il faut pouvoir intervenir ,sinon ce n,est pas la peine de se compliquer un peu plus la vie ! * C/ fausse securité! * E/ sans contact humain direct ,la médecine ne m,interesse pas	N
592	592. B/ JE FONCTIONNE BEAUCOUP PAR MAIL AVEC LES PATIENTS NOTAMMENT PR RECUPERER LEURS DECTROS OU MESURES DE TENSION A DOMICILE	
599	599. D/ pratique pour les patients en EHPAD (c'est à l'étude) * E/ manque le contact direct	M
604	604. B/ Produit intéressant pour le patient ou pour soi même mais résultats long à interpréter problème de gestion du temps de travail Auto mesure tensionnelle saturation lecteur de glycémie c'est bien mais ces nouveaux appareils connectés intégrant plusieurs paramètres interprétation chronophage rôle possible d'un auxiliaire de santé * C/ Les plaies d'ulcères chroniques justifie un avis speculisé avec des patients peu mobilisables * E/ Intéressant pour Ehpad	M
605	605. A/ transmission d'ECG ou de résultats biologiques a des correspondants spécialistes * B/ la population rurale (> 500 habitants par village) et agée est indemne de smartphones les portables sont peu et mal couverts l'ADSL à 550 K ne permet pas grand chose * C/ très séduisant mais tellement loin de la réalité du terrain les portables sont peu et mal couverts l'ADSL à 550 K ne permet pas grand chose * D/ idéal mais utopiste les portables sont peu et mal couverts l'ADSL à 550 K ne permet pas grand chose * E/ les portables sont peu et mal couverts l'ADSL à 550 K ne permet pas grand chose sortez de votre bulle, allez sur le terrain et faites prendre conscience à nos politiques que la communication reste le nerf de la guerre, mais elle a un prix et ils n'ont pas de sous pour ça. 3% de la population n'intéresse personne en haut lieu, sauf J.P. Pernot sur TF1 mais ça lui fait de l'audience à 1 heures	M
607	607. B/ attention au temps passé pur l'interpretation	N
608	608. A/ échange de courriels avec les patients, commentaires de résultats biologiques. Avis spé par courriel avec éléments de dossier du patient. * B/ quel intérêt ? Je lui prend sa TA quand il vient en consultation, pas besoin de la prendre tous les 4 matins ! * CD/ pas envie de m'embarquer dans un énième réseau avec de multiples tâches non rémunérées ! / idem au précédent * E/ je ne vois pas l'intérêt de ce genre de surveillance ; dans tous les cas de symptôme anormal un examen clinique est	N
609	609. A/ EN Ehpap - cs geriatrie	
610	610. A/ envoi PHotos dermato,ECG , courrier à prof de sante ,mais aussi echanges avec patient par messagerie... * B/ [oui pour l'utilisation] malgré gadgetisation pour les variables citées çï dessus	M
611	611. A/ Au SAMU	
616	616. A/ avec des patients en déplacement; avec un bon dossier sur chacun des patients la relation par téléphone ou fax est possible; internet vient faciliter les choses. Dialogue à distance avec des personnes situées aux antipodes ou dans des pays limités dans leur capacité médicale.il y a plus de 10 ans que des expatriés communiquent par ce système et personne n'y voit à redire; la prescription est souvent lente à être suivie mais la plupart partent avec une trousse de secours correcte.	
619	619. A/ très simplement mon adresse internet figure sur mes ordonnances et les patients y recourent, heureusement pas trop souvent (2 à 3 fois/ semaine pas plus) * B/ j'ai du mal avec tous les machins informatiques * CD/ ces vellités d'expérimentation visent à combler les déserts médicaux, donc en fait à accompagner la désertification médicale en ne donnant pas les moyens physiques, humaines, matériels à l'existant... que devient la relation médecin-malade ? sûrement trop coûteuse / idem que ci-	N
621	DE/ se pose la question de l'assurance et de la responsabilité du praticien en cas de problème / même remarque	N
623	B/ Trop de données. Fiabilité ?	N
624	A/ envoi de photo au service dermatologie du CHU pour avis. envoi d'ECG au cardio pour avis * B/ extrêmement intéressant surtout pour authentifier les troubles du rythme * C/ en Languedoc Roussillon où j'ai envoyé mes photos, je n'ai jamais eu de réponse.....c'est vraiment très expérimental! * E/ très intéressant, gain de temps énorme donc possibilité de prendre en charge plus de patients	P
625	B/ Gadget * C/ Je crains que le coût supposé empêche leur généralisation * D/ Même commentaire , qui prend en charge le coût matériel et temps passé ?	N
626	C/ paraît simple d'utilisation mis à part le smartphone...(comment sécuriser les données à l'heure où tous les smartphones sont de véritables plateaux de surveillance...via les opérateurs, bien sûr...) * E/ cela me paraît bien complexe...	N
628	A/ Envoi de photo aux dermatologues, de radios au rhumatologue, de photo à l'IDE plaies * B/ C'est du gadget !	N
633	A/ Nous passons déjà énormément de temps auprès de nos malades de 07h30 du matin à 21H30 en consultation, puis la lecture de la vingtaine de courriers quotidiens des spé et de l'hôpital et du même nombre de résultats bio 5 jours sur 7 jours et le samedi jusqu'à 15 h (sans compter les gardes)... Va t-on devoir contrôlé tous les soirs les contantes de tous nos patients en plus...Alors NON à la télémédecine. sans une rémunération digne de ce nom... système mise en place par des hospitaliers fonctionnaires avec des horaires de fonctionnaires fermant leur consultation à 18 h , absent les samedi , passant leur temps à casser du sucre sur les libéraux : c'est définitivement NON	N

637	637. * A/ Participation au fonctionnement d'un rétinographe mobile dans le département des Ardennes pour le dépistage de la rétinopathie diabétique. * C/ Cependant au 1er Janvier 2014, le réseau Icalor ne reçoit plus de financement dédié à la prise en charge des patients inclus dans le réseau. L'Association Icalor ne prend donc plus en charge le suivi des patients insuffisants cardiaques et ne propose plus de séances d'éducation thérapeutique. * E/ c'est trop nul, rien que le tensiomètre : impossible à mettre avec une seule main libre ...	M
640	A/ Transfert d'ecg et de radio à des confrères dans le cadre de l'hôpital local de la ville où nous faisons des permanences. Nous sommes 14 associés dans le même cabinet mais ce nombre n'était pas dans les propositions !	
643	B/ Utilisation privée pour footing mais sans données médicales	
644	644. * B/ c)difficile de répondre oui ou non => peut être, cela dépend du contexte aussi. * C/ il faut être plus nombreux sur le terrain pour assurer les urgences avant de finaliser un tel projet * E/ si on est sur qu'il y aura quelqu'un à la réception	M
646	E/ Trop chronophage à mon avis, et près de la retraite ne pense pas employer cette technologie	N
647	B/ Gadgets * C/ résultats de labos déjà intégrés dans nos logiciels le site telecardio a l'air fumeux * D/ je suis pas convaincu encore du bénéfice par rapport au contact téléphonique habituel.. pouvoir transmettre un ECG à un confrère cardio en le faisant à mon cabinet est actuellement mon besoin identifié. choix du matos en cours de finalisation pour transmission par	N
649	649. * B/ je dispose d'un bracelet de ce type * E/ je suis de plus médecin coordinateur sur 2 EHPAD dans L'AUBE et nous sommes équipés de valises spécifiques de TELEMEDECINE en partenariat avec le Centre 15,et en particulier les ECG, les constantes classiques, des images video etc...qui seront analysées par le médecin régulateur qui prendra sa décision d'intervention ou non et pourra prodiguer des conseils; tout le personnel aide-soignant et personnel de nuit est formé et en mesure de mettre en place le dispositif 24h/24 7j/7 système similaire à celui qui équipe les avions de grandes lignes dans certaines compagnies Résultat:gain de temps réponse adaptée à chaque situation, évite les hospitalisations itératives chez les personnes âgées, gain financier pour la société.....On garde trace de toute la manipulation dans le dossier patient informatisé: traçabilité	P
650	A/ - Médecin de montagne : télétransmission images radios vers correspondants, groupe de discussion. - ECG > SMUR/cardiologie * B/ Problème : - compatibilité du matériel, investissements - rémunération du temps passé * C/ Problème correspondant/spécialiste traitant et réseau. * D/ Le fait de ne plus être au contact du patient induit probablement une relation différente. * E/ Difficile de commenter sans tester le dispositif	N
651	B/ non a ce parce que en tant que médecin : je n'ai pas de temps disponible pour cela il n'y a pas de rémunération non parce que en tant que patient je n'ai pas envie d'avoir un bracelet connecté en permanence Mais oui si cela donne des données analysable en consultation une fois de temps en temps quand c'est nécessaire. * D/ j'ai déjà du mal à payer une secrétaire a mi-temps combien coute le chariot? et puis j'ai du mal à faire de la médecine sans palpation, et a communiquer seulement par l'image et le son * E/ j'ai du mal à faire de la médecine sans palpation, et a communiquer seulement par l'image et le son peut être oui si j'étais régulateur ce que je ne suis pas.	N
652	BCDE/ La médecine c'est toucher regarder sentir palper observer interroger patienter bref tous les sens sont nécessaire pour arriver à un diagnostic. La simple addition d'informations standardisées par des moyen de diagnostic, même très sophistiqués, remplacera à mon avis jamais les mains et les yeux du Médecin. Ce commentaire est valable également pour les autres items du	N
653	A/ Conseils médicaux à des patients/ avis spécialisé si besoin par téléphone / quelques demandes de consultation par mail	
654	B/ oui, cela pourrait être un stimulus à bouger,pour le patient * C/ Icalor fonctionne très bien ma condition d'utilisation, c'est qu'il personnel dédié gère les alertes... je ne me vois pas faire cela en plus... es dermato à distance, cela pourrait être super. * D/ pourquoi pas * E/ ????	M
655	E/ rien ne remplace la proximité médecin patient "de peau à peau" et une telle médecine me parait à des années lumière de ce qui fait la grandeur de la médecin générale	N
656	E/ Je ne puis répondre pour la spécialité et dites au Dr BRONNER que médecine générale est une spécialité Dr Hubert 06 66 8712 98	
658	B/ lourdeur+ pour quel patient!! en pratique quotidienne de MG!! * C/ pourquoi pas! mais il faudrait sélectionner les dispositifs! , en fonction de ses centres d'intérêt? * D/ non! à réserver aux zones très défavorisées(déserts médicaux) * E/ intéressant par ex. ds EHPAD pour rationaliser les soins et permettre un meilleur travail d'équipes	M
659	B/ Où est le contact humain? Quid du dialogue? Quid de l'environnement social, familial, professionnel? Les paramètres enregistrés vont-ils vous permettre de connaître l'être du malade? * D/ Appelez moi Dr Robot	N
660	B/ a priori cher pour les patients non motivés	N
661	661. * B/ Pas sur que se soit très utile, mais sûrement chronophage * C/ Le dispositif est coûteux il suppose l'intervention rapprochée d'une infirmière, l'alternative est l'éducation thérapeutique. * D/ Dispositif permettant de gérer une pénurie de soins dans un désert médical. Encore faut il que le médecin qui consulte à distance soit lui même disponible. Le mieux n'est il pas une vraie consultation avec une démographie médicale gérée avec bon sens? * E/ Même réflexion que plus haut. Un EPHAD devrait avoir un médecin salarié sur place occupé à soigner plutôt qu'à faire de la paperasse'	N
663	A/ Photo d'une cicatrice post op prise par smartphone envoyée au chirurgien sur son smartphone pour décider de réhospitaliser la patiente. Photo d'une lésion dermato prise par mon smartphone envoyée par mail à un confrère dermato pour avis * B/ Trop d'infos à analyser. Manque de temps. Intéressant peut être chez des patients bien cibles * C/ Très utiles. A développer	M
666	666. * B/ Je ne vois pas l'intérêt d'enfermer les gens dans un maillage d'angoisses obsessionnelles supplémentaires : On est déjà plutôt dans le trop que dans le pas assez * C/ Plaies chroniques: un MG connaissant son boulot a-t-il si souvent besoin d'un avis spé qu'il faille un réseau ad hoc? Réflexion assez proche pour l'insuffisant cardiaque: Un ECG, peser, ausculter etc sont du champ normal du MG, AMTHA (-;) * D/ Seul intérêt : la Cs OPH et ± le dermatoscope; Le reste vise en fait à se passer, là aussi, de MG. * E/ Et dans les EHPAD, il n'y a pas d'infirmières capables de prendre la TA, a saturation etc? (c'est le cas chez moi) ; Votre "cabine" s'appelait "IDE" (-;)	M
668	D/ Bientôt plus de médecins dans les montagnes mais de plus en plus de patients âgés et ne pouvant pas se déplacer * E/ Nous avons déjà ce genre de cabines ,cela s'appelle des infirmiers	N
670	BCDE/ pour chaque paragraphe, je ne m'imagine pas personnellement.prendre en charge un patient sans contact physique (palpation, examen global..)d'une façon habituelle et reguliere	N
673	C/ Il me semble que DMP veut dire Dossier Médical Personnel et pas partagé	
676	A/ Transfert ecg pour avis	
677	E/ Trop vieux pour tout ça!!!	N
679	D/ Peut être un peu chronophage ?	N

681	A/ j'adresse des photos via mon smartphone à mon confrère dermato et parfois un ECG à un cardiologue. * B/ le mien est tombé rapidement en panne! les textes pour calculer les apports caloriques étaient en anglais! * D/ j'exerce en médecine rurale. j'ai déjà peu de temps et un emploi du temps surchargé. il ne faut pas que ceci soit chronophage * E/ matérialiser la consultation!!!! et le rapport humain vous en faite quoi	N
686	C/ Le suivi est encore plus rapproché lorsque l'infirmière passe voir, examiner le patient. Tout cela est du pipeau. * D/ Voilà qui se confirme. * E/ Il s'agit de palliatifs destinés à pallier le manque de médecins que les caisses et le pouvoir politique ont définitivement dégoûtés. Rien ne remplace l'examen direct, l'échange, le contact. Cette évocation de la médecine virtuelle, qui témoigne du degré de déliquescence de notre société me met en colère. Désolé.	N
689	E/ il faudrait plutôt augmenter le nombre de médecins en zones déficitaires	M
692	692. * A/ Appel du patient entre 8H00 / 8H30 téléphone description des symptômes tri entre urgent à consulter dans la journée ou traitement homéopathique par téléphone avec suivi si pas mieux en quelques heures pour un problème aigu(ex rhino-pharyngite, otalgie,gastro-entérite aiguë...état grippal..choc affectif...) technique homéopathique uniciste stricte forme conseil, bon sens et expérience * BC/ n'oubliez pas que la technique est chronophage! que pour le moment tout ce travail, matériel et responsabilité ne sont nullement pris en charge! tout est encore sur les épaules des médecins... / idem * E/ n'oubliez pas que vos journées sont déjà complètement "bookées"! le surbooking vous guette!	N
694	A/ régulation médicale sur Midi Pyrénées (ARMEL) lecture des ECG (transfert sur ligne téléphonique)	
696	A/ téléphone et fax, une seule fois photo/smartphone * E/ quelle que soit le type de telemedecine; quelle rémunération???	N
702	B/ oui si l application pouvait remplacer un holter à la fois rythmique et tensionnel * C/ oui si meme fonctions que précédente question et si on garde une certaine maîtrise par exemple avec une analyse régulière permettant de detecter l opportunité de placer un pacemaker ou un defibrillateur * D/ oui si il existe une bonne organisation possible pour intervenir * E/ Robocop ...rien ne remplace l homme	M
703	B/ Problème de recevoir des données à toute heure et jour de la semaine!!! * D/ Problème pour certaines compétences en spécialité que je ai pas donc que je ne peux faire correctement	N
704	B/ Les auto-mesures espionnes sont mal perçues. En y réfléchissant je ne suis intéressé par ce type de rapport patient. Médecin	N
707	B/ déjà trop de choses a faire, je ne souhaite pas qu'on me rajoute de nouvelles taches	N
713	A/ ECG et photos de lésions dermatos, plaies chroniques, adressés aux confrères habituels ou au réseau plaies et cicatrisation	
714	D/ pour des patients en EHPAD	P
719	A/ Télé consultation en dermatologie	
720	A/ Généralement transmission d'un ECG qui pose pb a un cardiologue. Diffusion d'image RX sur la liste des médecins de montagne pour débattre d'une CAT. Photos pour un dermato. * D/ Un peu lourd....	N
722	722. * A/ Photo avec mon smartphone envoyé par mail à un confrère chirurgien en vue de l'ablation d'une tumeur cutanée Ça a évité 100km à ma patiente (je suis en montagne ds Pyrénées Orientales) * B/ Pas le temps en dehors des consultations... Et puis pour évaluer un niveau d'activité physique je ne vois pas pourquoi je perdrais mon temps en direct. Que les patients se responsabilisent Qu'on en parle à l'occasion d'une C c'est suffisant!!!! * C/ [oui] Là oui je saisis une vraie utilité. Merci pour les exemples donnés Voilà un questionnaire intelligent! * D/ [oui] Ça semble très chronophage cependant. * E/ [oui] Salut besome	M
725	C/ [oui] Expérimentation possible depuis mon cabinet via le dispositif ASALEE (poids, TA, fréquence cardiaque, glycémie) * E/ Que devient la relation médecin-patient ??	M
726	726. * D/ obstacle : disponibilité et rémunération du spécialiste * E/ s'il y avait enfin assez de médecins , on n'aurait pas besoin de tous ces artifices .	M
728	A/ enseignement faculté	
729	B/ Pas le temps!	N
733	733. * A/ S'ype * B/ Fait séance de psychothérapie par Skype , problème du créneau horaire à organiser , problème de la remuneration * C/ [non] Car pas souvent sur ce mode de fonctionnement mais intéressant (chez une anorexique ...)	M
734	B/ trop tard vu mon age! * C/ pas envie; clientèle pas forcément adaptée * E/ ce sont des évolutions qui vont s'étendre et contribuer de plus en plus à la déshumanisation du " colloque singulier" entre le MG et son patient...	N
735	A/ ECG relations avec la régulation SAMU Médecin correspondant SAMU	
737	737. * BCDE/ Tous ces dispositifs sont , à mon avis, l'avenir de la médecine lié au perfectionnement des outils et à la pénurie de médecins... Je suis prete a utiliser ce type de dispositifs et meme à en favoriser le développement aux Antilles en commençant par la Martinique Les besoins sont immenses Ces tele-soins sont ils rémunérés ou juste au stade expérimental ? A défaut d'utilisation dans le soin, je démarre comme formatrice en E leaning . La première étape pourrait être de former le personnel médical et para medical à ce type de soins ? Suis installée en Martinique Dr V.ORTH WEYERS	P
742	C/ vous pouvez aussi ROBOTISER tous les médecins..cela éviterait la pénurie.. Un acte médical est d'abord une relation HUMAINE entre 2 personnes ...	N
743	B/ je suis 20 patients en EHPAD et 380 patients en ALD. Tout système permettant d'optimiser ma pratique et éventuellement diminue ma charge de travail m'intéresse.	P
744	C/ Debut de cardio surveillance rythmique en Vendee a partir du CHD quelques patients mis sous le système * E/ article de presse	
749	A/ transmission ECG avant hospitalisation de patients	
750	A/ Donner un avis sur un bilan biologique chez un diabétique se trouvant en Afrique	
751	B/ Risque de débordements de patients anxieux, qui vont m'interroger, jour après jour sur leurs données	N
754	A/ Télé expertise : transmission eeg ou photo de plaie	
755	B/ trop vieux, pratique la Médecine " traditionnelle" avec contact physique avec le patient. * C/ cf plus haut	N
756	D/ comment est transmise l'auscultation? Fiabilité de l'examen clinique abdominal? * E/ idem: l'examen clinique direct est la base de notre discipline et ne me semble pas déléguable	N
758	B/ j'aimerais surtout pour le diabète * D/ actuellement en banlieue parisienne (93), je ne pense pas que ce genre de dispositif soit adapté à ma pratique de MG . Mais un département isolé , je pense que ça me tenterait * E/ même commentaire que précédemment . Eviter des déplacements inutiles est nécessaire mais qu'en est-il de la validité des ordonnances dans ce cas ? faire le diagnostic du problème est bien, mais il faut donner une suite . je croyais qu'une ordonnance par internet n' avait pas de validité . bon courage pour le recueil et l' analyse de vos données , cher future consoeur	M
759	C/ Pourtant en Basse-Normandie ... mais le dispositif est limité à 10 kms autour du CHU !	
763	A/ transmission d'ECG	

764	764. * B/ tout le monde peut en posséder un... je n'ose pas penser à ce que serait la vie de médecin généraliste si les données de tous les patients remontaient en continu jour et nuit... * C/ il faut un nombre limité de patient sous ce système * D/ Mieux que rien si on ne peut faire autrement (éloignement désert médical), mais où est le contact direct et le coté psychothérapie? Robotisation... * E/ en plus risque en cas d'erreur d'appréciation? Assurance pro? rémunération selon quelle critère? Bien qu'étant assez adepte de l'informatisation et tres gadgetophile (j'ai un bracelet connecté qui m'amuse personnellement) j'utilise parfois l'envoi via mail de photo ou ECG et assez souvent mail (bien évidemment non sécurisés car le receveur n'a pas forcément le matériel adéquate ou compatible avec le mien et de toutes façon c'est bcp plus long) mais ne souhaite absolument le faire de façon quotidienne.	N
765	B/ A priori hyperchronophage si chaque patient envoi ses données ... Sinon oui pour des patients ciblés	M
767	C/ intéressant * D/ je préfère consulter en live * E/ les consultations médicales semblent se tourner de plus en plus vers une médecine de technicien, alors que le temps relationnel me parait très important en MG, et je ne pense pas qu'il soit de bonne qualité à travers une caméra...	N
768	A/ consultations de psychothérapie. Soit par reprise de situations adressées par mail, soit une expérience de consultation par	
769	B/ sorte de "flicage " du patient je préfère un échange direct	N
771	A/ Envoi d'examen IRM ou TDM pour avis expert	
778	A/ expertise ecg * B/ perte de temps conséquente pour des patients obsessionnels	N
781	E/ On prend en charge des patients...pas des maladies! l examen clinique est capital pour eviter les examens paracliniques inutiles...toutes ces tele.. sont humiliantes pour les medecins	N
785	B/ c est un oui peut-etre	M
788	B/ Je l'ai découvert hier soir !!!	
789	A/ depuis 1997, des essais en urgences de la main, pratiqués dans l'indifférence générale * D/ le problème est le financement * E/ serait très intéressant dans des hôpitaux ou clinique de disposant pas de chirurgien de la main pour effectuer un tri évitant ainsi des déplacements inutiles	M
790	A/ Transmission d'ECG à distance à un confrère cardiologue pour lecture et interprétation, par téléphone, avec un appareil spécifique face à une douleur thoracique	
795	795. * B/ Je préfère consacré le temps disponible au relationnel plutôt qu'aux jouets web. Pas de rémunération spécifique. Intéressant pour le patient lui-même dans une démarche de promotion de la santé, d'empowerment. * C/ Relève de la cardiologie * D/ Pertinent si rémunération spécifique ou dans un cadre salarié. L'organisation actuelle du système de soins ne favorise pas ce type d'approche, intéressante en milieu rural * E/ Gadget.....Et le relationnel???	M
796	796. * A/ Mise en place en cours d ateliers d éducation thérapeutique pour les rhumatismes inflammatoires chroniques en mien avec partenaires éloignés en zone de désert médicaux sans aucune offre d etp	
797	Mise en place en cours d ateliers d éducation thérapeutique pour les rhumatismes inflammatoires chroniques en mien avec partenaires éloignés en zone de désert médicaux sans aucune offre d etp	
798	B/ Prendra du temps	N
799	A/ Réseau riss	
800	A/ Transmission ECG SAMU par MMS avec smartphone. * C/ Expérience Cardiauvergne. * D/ Pas d'intérêt dans ma pratique. Pour ma pratique, il manque le toucher-palper et , très important, la communication non verbale, riche d'informations. Peut-être utile pour prise de certains avis spécialisés. * E/ Tous ces paramètres sont déjà mesurés par les infirmières présentes en EHPAD et me sont transmis par téléphone dans les situations d'urgence, y compris la nuit(je fais environ 10 gardes par moi). Peut-être utile pour prise d'avis spécialisé.	N
802	A/ Plateforme de consultations médicales par téléphone .	
804	804. * B/ avec réserve - oui pour évaluer la fréquence d'accès de tachycardie et non pour la typer=role ducardio, et non pour surveiller un diabète au jour le jour * C/ oui, si la synthèse des informations est bien réalisée avant transfert des données au dr tt * D/ je travaille en centre ville - le seul intérêt me parait un cabinet secondaire regroupant tous les matériels nécessaires * E/ Ces mesures sont prises en 2014 par l'IDE du service,et nous les utilisons en rgulation. l'absence de personnel soignant sur place impliquera de toute façon un déplacement,soit du medecin, soit du patient.	N
805	A/ Avis orthopédique par le biais du partage de radiographie	
810	E/ surtout en maison de retraite	
811	C/ remuneration ? Financement? * E/ je prefererais que le numerus clausus soit augmenté . que la medecine ne perde pas son humanité. Que le conseil de l'ordre puisse annoncer que des medecins s'installent sans avoir recours à des medecins etrangers	N
813	D/ où trouver le temps pour ce type de pratique qui a mon avis doit être bien chronophage ? * E/ de la médecine sans contact ni rapport humain! dispositif dédié à la prise en charge des patients atteints du virus Ebola ?	N
818	A/ Transfert d'images, EN, vidéo conférence * B/ Intérêt essentiellement données type également lors de troubles du rythme. TA * C/ Données du patient doivent directement arriver sur le MC du médecin. Traitant * E/ Il manque le facteur humain. Beaucoup de personnes en EHPAD son dépendantes, de plus apprécies le contact.	M
822	B/ je n ai déjà pas le temps de les voir physiquement ... * E/ le dr Mac coy etant indisponible moi petit dr de base je ne souhaite pas etre sollicite a tout moment par des tiers ce d autant qu il n y pas de case responsabilite penal ni securite pour le prat qui engage lui sa responsabilite ...	N
826	A/ téléconsultation, SAMU adaptation des doses d'insuline chez diabétique * B/ pb temps consacré pas de rémunération	N
830	B/ déjà trop de paperasserie à traiter. je prefere que les patients m'apporte leur relevé et que je puisse leur en faire le commentaire en face à face immédiatement	N
833	833. * B/ N'ai pas encore franchi le pas de l'Iphone Oh pardon du smartphone! * C/ Déjà bien chargé par les consultations "normales" mon tps professionnel est pour moi saturé. Par expérience, l'informatique est chronophage. Je crains que cela permettent aux spé de décharger LEUR tps pro au détriment du mien * DE/ Tjs ce même tps !!!! Maintenant que les EHPAD sont informatisées, il faut faire par ex. les ordo. sur leur ordo. cela ajoute 10 minutes par patient. Je n'ose pas imaginer le tps que prendra ! Même si je reste chez moi! A moins de super bien former les infirmières! ET les médecins C'est un véritable chgmt de paradigme / pomme C comme V du paragraphe du dessus! Bon courage pour votre thèse intéressante	N
834	A/ communication avec spécialistes avec apicrypt envoi de photos (crypté) à dermatologues * B/ rien ne remplace le contact direct, la présence physique et le dialogue * C/ d'accord pour partager le travail avec les infirmières mais attention au partage des informations sur les patients (risque d'empiéter sur leur liberté) * D/ OK seulement pour envoyer ECG à un cardiologue pour avis, pas plus * E/ la téléconsultation ne me plait pas le contact direct ne peut être remplacé	N
835	A/ Régulation médicale	
836	A/ ICC	

837	B/ importance du contenu de la consultation * C/ cf. CATEL * D/ important dans certaines situations géographiques, et pratiques, pas localement pour moi cf. CATEL * E/ Pourquoi pas. cf. CATEL	M
838	B/ bientôt à la retraite	N
839	B/ 1984???	N
844	BCDE/ à quelques mois de la retraite / à quelques mois de la retraite / à quelques mois de la retraite / à quelques mois de la	N
845	846. * A/ Avis dermato sur photo envoyée. Avis spécialiste sur dossier, par téléphone. * B/ Auto mesure tensionnelle plus complete * C/ L'idée sur l'expertise pour les plaies complexes me paraît très intéressante. * E/ Pourquoi pas, dans des lieux isolés	P
846	B/ Sur des patients ciblés, et dans le cadre d'un bobjectif précis limité ans le temps * D/ [oui] Avec la limite d'être dans un environnement de correspondants qui adhèreraient à ce principe . * E/ Non dans le cadre de mon activité libérale, mais cela paraît judicieux en hepad ou en maison de retraite, ou en dispensaire	M
849	BCDE/ CHRONOPHAGE , déjà suffisamment de temps avec le patient en face. Rémunération. Plage horaire dédiée. Commentaires identiques pour tous chapitres.	N
854	A/ 3 ans de consultations, file active de 63 patients	
856	A/ Programme de surveillance post-opératoire des patients par Smartphone ou Internet via l'application Sovinty 3S	
860	B/ Je l'ai essayé pour un proche L'usage pour des patients je suis retissé te car c'est du travail en plus non rémunéré et qui engage ma responsabilité Je participe à la PDS et je travaille plus de 70 h par semaine et vu comment on est considéré et rémunéré je ne veux pas avoir des contraintes en plus. * E/ Oui pour évaluer l'état d'un patient en Ehpad et juger si c'est opportun de se déplacer ou non.	N
863	BC/ a voir aspect pratique / idem * D/ projet pole santé * E/ a voir	M
866	B/ nous avons assez des choses a nous occupez	N
868	868. * A/ en milieu hospitalier, carcéral (maison centyrale d'ensisheim),depuis 6 mois environ, * B/ et puis le nombre de fois qu'il fait pipi? ...aucun intérêt sinon de jouer à Bigbrother...et augmenter la toute puissance médicale et déresponsabiliser le patient !!! * C/ plus interessant...toujours réticent au Bigbrother ,mais surveillance par intermédfiaire infirmière interessant * D/ en milieu carcéral évite les extractions couteuses en temps et en énergie ...dermato, cs pré anesthésie,avis cardio non urgent... * E/ faut un patient coopérant !	N
871	D/ je suis installée en ville avec de nombreux spécialistes Je serais prête a utiliser ce type d'outil en l'absence de médecin autour	P
873	873. * B/ La tendance actuelle dans tous les domaines est de mettre l'activité humaine en équations.On essaie de rentrer les patients dans les cases d'un protocole. Puis on affine en réduisant la taille des cases mais vous ne pourrez jamais entrer totalement un être humain dans des cases. Regardez l'évolution des DSM 1,2,3,4 5 ,etc... * C/ Je dois être trop vieux pour cette médecine hypertechnique. Bien que je sois un vieux machin (je n'ai que des dossiers papier et n'utilise l'ordinateur que pour transmettre les FSE) les patients que je soigne depuis 20, 30ans redoutent de me voir partir à la retraite. Ils sont satisfaits de la médecine clinique et de bon sens. Je reçois des patients pour résoudre des problèmes restés sans solution malgré des pratiques sophistiquées. Je n'y comprends plus rien dans cette évolution aveugle. Alors je me concentre sur l'interrogatoire, parfois très long (qui mériterait plus de 23 € !!) et j'arrive là où je veux arriver: au diagnostic d'emblée parfois, à une hypothèse parfois vérifiée par l'examen physique, et à un faisceau d'hypothèses souvent qui contient le diagnostique final. Je n'ai pas besoin de logiciel d'aide qui de toute façon ne recouvrira jamais toutes les problématiques vues en cabinet Ne croyez pas qu'à 65 ans je sois sénile et/ou réfractaire au progrès. Je n'ai qu'un critère; la satisfaction des patients même si je ne les rentre pas dans des protocoles, même si je blesse quelques égos hypertrophiés comme ce grand professeur de dermatologie qui n'a pas accepté de voir ma patiente vouloir sortir de son protocole car j'avais fait disparaître sa lésion de lymphome! Je peux reprendre à mon compte cet adage: Science sans conscience n'est que ruine de l'âme. Merci de m'avoir lu. * E/ Je suis à votre disposition si vous voulez discuter plus avant, par exemple comment faire des économies. C'est très simple et très difficile à mettre en application. Merci encore.	N
876	D/ Je fais ce métier pour profiter des relations humaines et non pas pour être derrière un ordinateur	N
880	E/ désolé pour moi c'est de la m... surtout les jeunes ne vous engagez pas dans cette voie la médecine est un art !!!	N
881	A/ 3 CSAR	
882	B/ le problème éthique de la liberté du patient et de la confiance médecin / patient plutôt que la surveillance ou du contrôle permanent me gêne.	N
883	B/ Je ne suis pas contre ce dispositif sauf s il est à gérer en PLUS de mon activité de consultation! !! * D/ Plus de contact avec le patient? * E/ Tout ça me laisse perplexe...cette médecine sans contact me fait froid dans le dos sauf si elle gère des patients lourds et chroniques. Attention aux dérives!	N
885	A/ Interprétation de scanners depuis mon domicile sur mon PC en me reliant par VPN à la console de traitement d'images du scanner.	
886	A/ qq mg m ont déjà fait passer des photos par mail pour de patients intransportable des patients expatriée en afrique en chine et aux usa (ce matin) m ont fait passer des photos * B/ je suis dermato donc interet limité * C/ pour le plaies chronique ulcere de jambe oui	M
887	A/ Correspondance par mail avec des patients à l'étranger pour les aider à gérer leur traitement une situation pseudo urgente (gastro/cystite...)	
888	E/ JE SUIS TRES KINESTHESIQUE ET REMPLACER CETTE EXPERIENCE PAR DU VISUEL PREDOMINANT NE ME CONVIENT PAS	N
890	C/ Le fonctionnement d'ICALOR est très "lourd"	N

891	891. * B/ l'auto surveillance est très intéressante pour le suivi, mais la délivrance de ces résultats au médecin nécessite une communication verbale (au moins par téléphone) * C/ n'étant pas dans un désert médical, ces dispositifs n'ont aucun intérêt pour moi : tous mes patients ont un accès au soins rapide. Si ces dispositifs étaient un moyen d'enrichir un service médical déjà bien développé (suffisamment de médecins, toutes spécialités confondues) je serai le 1er demandeur de ces dispositifs à condition d'un usage parcimonieux car devant être ciblé. Or on voit bien ici que ce sont des palliatifs à la pénurie de professionnels de santé. Une étude comparative entre le service rendu de ces dispositifs et celui de l'installation d'un médecin devrait être réalisée avant toute mise sur le marché (on parle ici d'études d'effet sur la morbi-mortalité, intégrant tout les paramètre y compris l'intervention des 1ers secours éventuel ; exemple : supposons ce monsieur habitant dans un désert français (10-15 km du moindre hôpital, cardio ou généraliste) qui sent des choses bizarres dans sa poitrine, il utilise son télécardio confiant sur le fait que son cardio (qui est à 15 km)va le rappeler dès réception du mail; sauf qu'il commence un IDM et qu'il est 23h00... je ne suis pas sur qu'il va s'en sortir ; mettez y quelques médecins de plus dans sa région (généralistes et cardio dans la journée, un service de garde type SOS médecins la nuit et les WE); il aura plus de chance de s'en tirer). Mieux : combien de ces dispositifs seraient nécessaires pour palier l'absence d'un professionnel... Plus intelligent et à contrario : à combien de professionnels est-il impératif de permettre l'installation afin de ne pas avoir à recourir à ces dispositifs ? * D/ toujours la recherche d'un palliatif à la pénurie * E/ NB : je ne suis pas contre une télé-médecine intelligente (j'utilise très largement les mails avec mes patients, mes confrères et reçois tous les résultats biol par le net); mais il ne faut pas oublier que la médecine est une relation directe médecin-patient, c'est ce qui permet de bien soigner. S'il y a pénurie de médecins et pléthore de patients, cette fameuse relation de confiance acquise entre un professionnel investi et un patient confiant devient difficile. Lorsque cette relation devient patient-télétransmission-médecin, on voit bien qu'elle disparaît en grande partie. Pourquoi pas une nouvelle médecine; mais démontrons qu'elle est meilleure.	N
894	894. * A/ consultation d'examen scannographique (uniquement scanner sans injection, moins de 400 images) dans le cadres d'astreintes. les examen était envoyé par internet. * B/ un peu gadget; sans intérêt dans ma pratique.... * C/ étant radiologue, je suis peu concerné par ce type de dispositif * DE/ même réponse étant radiologue, je suis peu concerné. mon avis de medecin est néanmoins que ce type de consultation ne peut remplacer une vraie consultation chez un médecin, ca ressemble a de la médecine "low cost". cela permettra peut être a nos dirigeant de faire baisser le prix des consultation medicale, mais en arriver a ce resultat est a mon avis un echec de la politique médicale. Imaginer qu'on va regler le problème de medecin en implantant des cabine automatisée me laisse réveur. on va en arriver a des territoire Français ou l'intégralité des services (poste, ecole, medecin, services administratif seront défaillant et remplacé par des caches misères. pourquoi ne pas proposer aussi une ecole par visio conférence? un seul professeur pour enseigner a 2, 3 4 classe en même temps !!! / même réponse qu'avant	N
895	A/ interpretation en asteinte des scanners à la maison	
898	898. * CDE/ Commentaire valable pour les 3 rubriques Bien sûr prêt à utiliser ces méthodes mais 2 problèmes à résoudre: 1) dilution des responsabilités avec le nombre des intervenants 2) quid de la rémunération de ces activités chronophages pour le généraliste lambda, et quid des investissements . Pour faire une médecine de qualité il faut changer de paradigme; la sécu ne participera que si elle s'y retrouve financièrement (c'est elle notre employeur...); qu'est ce que le français est prêt à payer ? la mentalité des jeunes médecins me désarçonne : je les trouve parfois admirables (bon niveau de conscience, bien plus savant que nous...) mais savent-ils ce que représente les charges d'un cabinet libéral (secrétariat, mise aux normes qui se succéderont inévitablement dans le temps, ...) ; tout cela concoure à la disparition de l'exercice libéral sans parler de la mise sous surveillance de plus en plus étatisé de notre activité intellectuelle. Le choix est simple :soit on accepte de payer le médecin correctement lui permettant de changer de paradigme comme les pays du nord, soit nous en aurons une médecine déchirée entre le politiquement correct, relayé par des syndicats dans lesquels je ne me retrouve pas, et la plainte permanente des usagers qui ira croissante pour faire pression pour en avoir toujours plus sans vouloir payer plus. Je suis bien heureux d'en finir avec ce métier et très heureux que mes 3 garçons aient choisis d'autres métiers	N
899	A/ Participation au service SOS MAM de 1 ifremmont (serveur téléphonique pour expéditions) Création du logiciel symptocheck accessible sur internet	
900	B/ nécessité de limiter ce système à des cas particuliers , sinon submersion ...	M
904	BC/ pas concerné / pas concerné	M
906	A/ Dermato (photos) cardio (ECG)....	
908	A/ avis par mail sur ECG ou dossier gyneco	
909	E/ Etant donné ma spécialité [dermatologie], ces différents systèmes ne me concernent pas. Par contre la dermatologie est une spécialité qui se prête bien à la télé-médecine, en particulier dans la pathologie tumorale	M
915	A/ envoi d ECG pour avis Radio a chir pour avis chirurgical	
918	B/ je n'en vois pas d'indication a ce jour dans ma specialite : gyneco obstetrique	N
921	B/ problème de gestion du temps je suis installée en milieu rural, et la charge de travail est déjà lourde	N
923	A/ j'ai été installé à l'île d'yeu : photo des radio traumato et envoie à l'ortho de garde par mail, photo de lésions dermato et envoie dermato correspondant par mail, fax ECG en urg au 15 et cardio de garde pour avis	
924	924. * D/ Je pense qu'en tant que médecin généraliste, l'examen clinique est un temps capital de la consultation qui ne peut être fait à distance. Solliciter un avis spécialisé par le biais de la télé-médecine me semble intéressant, mais en temps que premier maillon de la chaîne de soin, je ne pense pas déléguer l'interrogatoire et l'examen clinique initial des patients qui selon moi nécessite d'être sur place. La régulation par téléphone des gardes permet de trier les appels, de prioriser les urgences ou de donner des conseils mais on fait appel au médecin généraliste quand l'oreille ne suffit pas pour l'examen clinique qui, selon moi, doit rester la base de notre démarche diagnostique et thérapeutique.	N
925	BC/ pas vraiment adapté à la consultation d'anesthésie, ponctuelle / idem * D/ dispositif semble tres intéressant pour les consultations de patients institutionnalisés, qui ont souvent des difficultés pour se déplacer, sans compter le coût des transports (vsl ou autres...)	M
926	926. * C/ on utilise très facilement au cabinet avec les cardiologues, le téléphone qui permet de transmettre l'examen clinique de façon fiable, rapide et peu coûteuse ainsi que le fax pour l'ECG sans compter que certains appareils notamment ceux utilisés au SAMU transmettent directement. * D/ au vu des délais pour obtenir une consultation dermato, l'application dans ce domaine me paraît extrêmement pratique et facile à mettre en place * E/ c'est trop!!! l'examen clinique et l'évaluation humaine restent pour moi les éléments fondamentaux de la prise en charge médicale. sujet hyper intéressant, bravo	M
928	C/ rien ne vaut l'approche direct du patient pour évaluer la nécessité d'une modification du traitement ou son hospitalisation	N

929	A/ en envoyant des ECG pour interprétation à un cardiologue référent. en envoyant des images de lésions suspecte à un dermatologue référent. * D/ cela serait intéressant pour mon EHPAD où je suis médecin coordonnateur. * E/ je vais en parler à la directrice de notre EHPAD, je suis sur que cela va l'intéresser. Dommage que votre thèse ne parle pas un mot sur la cotation et par conséquent la rémunération du médecin qui va faire ce genre de médecine.	M
930	B/ chronophage+++ rémunération?	N
931	931. * C/ Tout soignant normalement cérébré est capable de s'alerter et d'avertir si un paramètre devient anormal, sans avoir recours à son smartphone... sauf pour téléphoner bien sûr ! * D/ Le praticien pourrait se déplacer ! A condition bien sûr que ce déplacement soit correctement rémunéré: actuellement 10 €, scandaleux, c'est principalement pour cela qu'on ne se déplace pas et non par manque de temps. il me semble plus simple d'investir dans cette indemnité de déplacement que dans le sophistiqué et coûteux chariot * E/ Idem: le praticien pourrait se déplacer avec son matos s'il était rémunéré Savez vous qu'en maison de retraite si on voit 3 patient, la misérable indemnité de déplacement de 10 € on ne peut la prendre qu'une fois sinon la sécu nous la récupère sur des tiers-payants * encore 2 remarques: dans votre mail vous dites "généralistes ou spécialistes" scandaleux qu'une interne en médecine générale oublie qu'elle fait une spécialité, et pas la plus facile, mais la plus passionnante rassurez vous, surtout par son contact humain permanent... que la télémédecine bien sûr supprimerait Bon courage à vous, ne regrettez	N
932	932. * B/ pour le suivi des HTA, pourquoi pas pour suivi de l'activité physique. Mais attention au piège : obtenir trop d'informations chronophages à traiter; et surtout anxiogène pour le patient * C/ Oui mais seulement dans un cadre bien organisé : infirmière qui lisent les données, recours facile au spécialiste. * D/ Pourquoi pas, mais importance pour moi de voir le patient en vrai. cela pourrait nous aider pour des patients difficilement transportables, en EHPAD par ex. * E/ risque de s'arrêter à un chiffre, risque de ne pas bien prendre en charge les patients palliatifs par ex en s'arrêtant sur le chiffre d'une désaturation pour hospitaliser la personne.	N
937	937. * B/ 1/ je n'aime pas ne pas avoir mes patients physiquement devant moi; je préfère prendre mes mesures moi même et les examiner moi même; à l'occasion de prises de mesures on peut se rendre compte d'un autre problème. 2/ il y a autre chose que des mesures dans une relation medecin patient humaine 3/ nous avons déjà beaucoup de consultations téléphoniques abusives et de demandes par mail; c'est pénible.	N
938	B/ n'est ce pas là la technique qui crée le besoin ? * D/ le patient est d'abord un sujet et non pas seulement un objet (d'étude médicale). Ce dispositif relève uniquement de la médecine technique , c'est là sa faiblesse en tout cas en médecine générale. * E/ idem ci dessus. Est ce que ce questionnaire a été envoyé à des patients ? Si oui , qu'en pensent ils ?	N
946	D/ bricolage avec un ami dermato je fais une photo avec mon iPhone je lui envoie et il me dit ce qu'il en pense cela a marché durant des années idem avec les infirmières pour les plaies escarres etc * E/ je suis désolé je suis pas très télémédecin j'ai pris la retraite il y a un an je suis ancien interne de Colmar(1972) et ai fait mes études à Strasbourg de 1966 à 1972 je vis à Sète	N
947	A/ ECG par Cardiatel pour aides au diagnostic et examens d'aptitude (aéronautique,...), avec matériel loué, par transmission téléphonique. * B/ Usage personnel	
949	A/ ECG faxés à des cardiologues pour un avis immédiat	
951	A/ rcp entre plusieurs hopitaux et cliniques plurihebdomadaire	
953	E/ J'ai seulement pratiqué des mini consultations par mail dans les cas de détresse pour des patients à l'étranger. Il me semble que ces dispositifs dessinent un possible avenir de la médecine, du fait de la raréfaction brutale et massive des médecins français qui vont partir à la retraite ces prochaines années. Bonne chance, mademoiselle, pour votre thèse et votre futur!	P
956	C/ +/- * D/ pas de besoin localement * E/ ces app ne peuvent être qu'en structure or présence d'IDE qui déjà nous communique les bilans cliniques et si besoin on se déplace..utile uniquement si carence de medecins généralistes ,la nuit...mais si gravité => hospit et sinon cs dans les 12 H	M
957	957. * B/ A une condition que ça constitue un acte médicale a part entière et rémunéré en conséquence * C/ Il faudrait pouvoir avoir du personnel dédié à la surveillance de cette activité au sein même du cabinet Infirmière ou collaborateur * D/ toujours avec les memes observations que precedement * E/ idem mais tout cela me semble bien compliqué et va couter très cher alors que rien ne vaut l'intervention d'un médecin généraliste au chevet du patient qui peut gérer tout ça directement a une seule condition que cette activité soit reconnue valorisée et rémunérée correctement	M
960	A/ Je l'utilise régulièrement avec le chef de service de dermato ou ses assistant = * B/ Je l'utilise régulièrement avec le chef de service de dermato ou ses assistants : avis diagnostic; dossier en vue d'une RCP ou d'une hospitalisation, Je l'utilise avec mes patients pour le suivi d'une pathologie (ils m'envoient par mail leurs commentaires et les photos) et j'en suis pleinement satisfaite les patients peuvent avoir un avis ou une consultation rapide si besoin ou l'envie d'une ordonnance complémentaire * CDE/ oui mais il n'y a rien dans ma spécialité [dermato] / id / id	P
961	A/ Correspondance mail avec mes patients	
965	A/ certains patients étant loin de mon cabinet je leur demande souvent de m'envoyer une photo pour le suivi ou s'ils ont un doute sur une évolution et je ne les revoie que si nécessaire . De même certains collègues m'envoie des photos pour avis afin que je juge le degré d'urgence de RV . Enfin j'envoie parfois des photos de lésions à opérer a mes collègues chirurgiens dermato pour éviter une CS pré op et que les patients âgés n'ai qu'un seul déplacement à faire * BC/ Pas d'intérêt dans ma spécialité [dermato] / pas dans ma spécialité	N
970	C/ ma pratique est urbaine avec de nombreux spécialistes disponibles dans un rayon très restreint... je peux leur parler et les voir directement , leur envoyer les patients dans l'heure si nécessaire... * D/ non , réponse ci dessus	N
971	A/ EN MAISON D ' HANDICAPES	
979	B/ la consultation et uniquement la consultation	N
980	D/ Pour Ophtamologie oui	P
981	A/ Entretiens téléphoniques de psychothérapie plus ou moins réguliers avec un patient à l'étranger (par Skype) ou un autre gravement phobique quasi incapable de se déplacer à mon cabinet. Dans ces deux cas il y a eu et il y aura aussi des consultations en personne. Echanges fréquents par mail notamment avec des autistes de type Asperger bien plus à l'aise à l'écrit qu'à l'oral. Des échanges peuvent aussi être ponctuels en cas de nécessité pendant mes congés pendant lesquels je suis le plus souvent joignable au moins par mail. Il m'arrive aussi de renouveler une ordonnance à distance pour un patient qui reçoit le même traitement depuis des lustres, ou pour modifier le traitement en fonction des données cliniques sur lesquelles nous avons échangé par téléphone entre deux consultations. C'est évidemment facile pour la psychiatrie où l'examen clinique et plus encore les examens paracliniques ne sont pas nécessaires à chaque consultation/entretien thérapeutique. Mais c'est en-dehors des clous pour l'Assurance Maladie : je me débrouille pour me faire payer quand même. Je compte sur vous pour ne pas me nommer dans	N
982	B/ A condition d'être rémunéré!	M
984	984. * A/ Médecin régulateur Médigarde 54 depuis 2000 environ * E/ Éventuellement intéressant (en régulation évidemment).	P

986	B/ A condition que les cotations CPAM évoluent au pro rata du temps passé * C/ Nous l'utilisons Pour l'observance et l'efficacité des traitements par PPC pour apnées. Mais les génies du conseil d'état ont décrété que cela n'était pas conformes aux réglementations de la CNIL (on vit dans 1 pays de génies dans les administrations: ne l'oublions pas!!!) * DE/ a condition que la cotation CPAM des actes évolue / A condition que la cotation CPAM évolue au pro rata du temps médecin passé	M
990	A/ ECG envoyé par fax à un cardio, ou bien avis demandé à un endocrinologue, ou à un hématologue, les patients m envoient pas mail leur automesure tensionnelle sous forme de tableau; et réseau ICALOR * B/ passer du temps à lire les données des patients en étant non rémunéré * C/ ICALOR ne fonctionne plus.... et les inclusions se faisaient très difficilement, les services hospitaliers oubliaient de le faire, j'en ai inclus 2 avec 3/4 d heure de travail ... quant au suivi il fallait mettre à jour les données bénévolement.... pour les inclusions par la suite une infirmière du réseau le faisait mais il fallait la contacter... quant à savoir si on a évité des hospitalisations ???? * D/ difficile et très long à utiliser, le coût? la rémunération pour le médecin? Les limites avec le correspondant du médecin en bout de ligne! Les risques médico légaux aussi à assumer... au moindre problème... * E/ toujours le temps pris, la rémunération, la fiabilité? Quant à la première partie avec un DMP, la tension, le pouls, la saturation, le poids, la fréquence cardiaque, la température, les infirmières ou les aides soignantes sont capables de le faire et de le noter	M
991	A/ surveillance de Pace Maker	
993	A/ Télésurveillance des prothèses rythmiques implantables	
994	A/ Gestion des PCA sur Blocs Périnerveux * C/ Non applicable dans ma spécialité en dehors de la gestion de la douleur aigue postopératoire * D/ CS pré anesthésique? Bonne idée car évite un déplacement inutile au cabinet. Conditions de transport très souvent pénibles pour ces patients. Nous pouvons demander des examens complémentaires et après leur collecte recevoir le patient et établir une stratégie de prise en charge. * E/ Non applicable	P
996	B/ intéressant mais pas utile dans ma spé * C/ expérimentation aussi en Bretagne sur les palaié chronique mais pas de retour pas d'application orl * D/ plus intéressant pour nous on pourrait faire un expérimentation sur la maison médicale du faou avec les MG et les spé qui sy rendent info surtout d'imagerie de video patient * E/ pas d'application orl	P
998	CD/ MSP en cours de projet, la télésurveillance est dans le projet / cf supra	
999	BCDE/ le médecin praticien acceptera-t-il d'être connecté H24 avec des patients qui lui rendront la vie...impossible ? Bien si on prévoit de connecter ces dispositifs à des services dédiés (type urgences ou équivalent, ou encore créer des services de surveillance : c'est un créneau à exploiter). Prêt à l'utiliser sous certaines conditions, donc. Le praticien doit garder la maîtrise de tous ces outils. / le médecin praticien acceptera-t-il d'être connecté H24 avec des patients qui lui rendront la vie...impossible ? Bien si on prévoit de connecter ces dispositifs à des services dédiés (type urgences ou équivalent, ou encore créer des services de surveillance : c'est un créneau à exploiter)Prêt à l'utiliser sous certaines conditions, donc. Le praticien doit garder la maîtrise de tous ces outils. / Prêt à l'utiliser sous certaines conditions, donc. Le praticien doit garder la maîtrise de tous ces outils. / Prêt à l'utiliser sous certaines conditions, donc. Le praticien doit garder la maîtrise de tous ces outils.	M
1001	A/ 1) TELE EXPERTISE = fax d'ECG au cardiologue pour avis quand doute sur anomalies dans le cadre d'un certificat pour le sport 2) REPOSE MEDICALE = 2 "séances" de 4heures à la régulation du SAMU dans le cadre d'un cours à la fac pour nous sensibiliser à la Permanence des Soins * B/ Commentaire réponse c) "peur" de la dérive de ce genre d'outil : que chaque patient arrive avec le relevé de toutes ses constantes!... Pour que ces informations soient utiles elles doivent s'intégrer dans un contexte particulier d'où nécessité ++ de l'éducation du patient	M
1002	A/ consultations ponctuelles pour des patients connus de longue date et en long déplacement * BCDE/ mais je suis psychiatre... / mais je suis psychiatre... / idem / idem	N
1003	B/ utilisation de fitbit à titre perso, et recommandé régulièrement aux patients en surcharge pondérale	P
1005	A/ avec des patients connus, lorsque le déplacement est impossible, immobilisation, éloignement, étranger des consultations régulières par téléphone sont mises en place	
1006	A/ demande d'avis de confrères spécialistes par téléquestions par réseau Arpèges via apicrypt	
1007	1007. * B/ les consultations et biologies permettent de connaître toutes ces données qui à mon avis ne peuvent être que chronophages. A la rigueur cela pourrait être intéressant s'il nous délivre les données lors de la consultation * E/ en consultation de ville, oui, mais dans une maison de retraite, je n'en vois pas l'utilité puisqu'il y a une infirmière donc ma réponse à la troisième question est "je ne sais pas"	M
1008	B/ le oui est un oui peut être cela dépend dans quelles conditions * C/ il faut évidemment définir le cadre (jurique, financier...) * E/ Je suis médecin coordonnateur dans le groupe Korian et nous sommes actuellement en relation avec les concepteurs de cette cabine pour éventuellement la tester dans 1 ou 2 EHPAD. La limite actuelle est d'essayer de l'adapter à un examen gériatrique standardisée. Nous y travaillons.	M
1010	B/ je ne supporte pas l'hypercommunication de notre monde actuel qui parasite notre quotidien qui ne changera pas la destinée de l'humanité * C/ serons rémunérés pour le temps passé à la lecture des résultats en vue de mieux soigner nos contemporains pour ne pas dire notre prochain ? * D/ inutile de vous avouer que l'informatique n'est pas ma tasse de thé... * E/ encore ? !!!	N
1011	A/ avis téléphonique sur photo dermato, fax ECG à un cardio pour avis * B/ grosse majoration du temps demandé au médecin pour interprétation des données. * D/ chronophage * E/ travail déjà (pour les constantes) fait par les infirmières d'EPHAD avec prises de décisions par téléphone si il y a besoin d'un examen clinique déplacement quasi obligé	N
1014	B/ je n'en vois pas l'intérêt pur produit de consommation (withings, fitbit), a des effets très néfastes sur la développement des capacités intellectuelles	N
1016	A/ via skype chez des patients à l'étranger	
1017	C/ probablement intéressant pour la surveillance diabète ou post infarctus, tr du rythme, insuffisance cardiaque * E/ Suis actuellement en retraite active, espérant trouver un jeune médecin pour me succéder dans l'année et demi à venir mais ultérieurement pour rester actif, la participation à un tel dispositif comme consultant me séduirait Dr Jean Marie Mazé jeanmariemaze@gmail.com	P
1020	B/ sauf si il devient possible d'être rémunéré * C/ quand une infirmière surveille mes patients a risque au domicile, ce qui est fréquents, elle note sur le cahier au dom, et m'alerte si pb .. Les critères d'alertes étant préalablement défini...Le cahier n'est jamais tombé en panne;..le transfert de photo par smart phone est souvent utiliser entre professionnels libéraux (avis dermato, cuir...) * D/ si nécessité pour patients isolés	N
1021	B/ Je fais partie du réseau Asalée qui utilise déjà Vigilance	
1024	1024. * C/ Ceci paraît intéressant mais attention on ne remplacera jamais l'homme pour la bonne marche de la surveillance de nos patients. Les machines ne sont pas infaillibles. * D/ Ceci me paraît plus intéressant que les courriers et les mails. La personne experte ne sera pas quelqu'un d'anonyme.	M

1025	1025. * A/ Telestaffs hebdomadaires visioconférences * BCE/ peu adapté à ma spécialité [gynécologie] en l'état. Pourquoi pas en cas d'adaptation / peu adapté à ma spécialité en l'état. Pourquoi pas en cas d'adaptation / peu adapté à ma spécialité en l'état. Pourquoi pas en cas d'adaptation * D/ Le télémonitoring fœtal à domicile s'inscrit peut être dans cette catégorie. Il est utilisé par de nombreux établissements en routine et rends bien des services.	P
1028	B/ Je suis trop vieux et continue à travailler pour ne pas abandonner mes patients. Je reçois souvent mes lettres de consultation par mail. Rarement on m'envoie un ECG par mail, encore plus rarement un film de coronarographie. Je suis en fin de carrière	N
1030	A/ transmission de mes ecg à un centre de cardiologie, pour interprétation	
1031	B/ [oui] pour certains malades que j'aurais choisis * D/ [oui] mais ne me semble envisageable que dans les situations d'urgence	M
1033	B/ problème du temps que cela demanderait * D/ Je ne me sens pas capable de gérer une consultation de médecine générale sans contact direct avec le patient. Plus adapté aux spécialités, peut être? * E/ cf question précédente Et l'aspect humain, relationnel, de la médecine disparaît totalement. La personne âgée, dyspnéique à cause d'une grosse bronchite, va mieux rapidement parce qu'elle est moins angoissée après avoir vu le "Docteur". Est ce que la cabine a le même effet?	N
1035	1035. * B/ on a une vie aussi * C/ pour ce faire il ne faudrait faire que ça, avoir une formation plus poussée en informatique, bref, ne pas avoir 55 ans et déjà marre des systèmes mis en place par la sécurité sociale, questionnaires diabète questionnaires dépression échelle d'évaluation de somnolence de score de machin et de rythme d'analyse obligatoire de l'HAS. * D/ voir ci dessus . * E/ peut être utile dans les déserts médicaux, mais si on ne dégoûtait pas nos jeunes par des QCM incompréhensibles qui sélectionnent sur la forme de la question, et pas sur la connaissance, si le numérique était revu à la hausse évitant d'être obligé de faire venir des médecins roumains pour soigner nos patients, si on laissait leur chance à des scolaires issues des formations littéraires qui feraient sans doute de magnifiques psychiatres, etc. ... il n'y aurait sans doute pas de déserts médicaux non je ne suis pas en colère . juste un peu la pigne de ne pas trouver de remplaçant pour partir en congé .	N
1037	A/ Au chu de Nice pendant mon assistantat, consultation mémoire en 2011	
1038	BC/ Inutile pour le moment dans ma spécialité [ORL] / Inutile pour le moment dans mon exercice * E/ Qui manipulerait la fibre optique ?	N
1042	A/ Régulation médicale au centre 15	
1043	B/ bracelet électronique ?	N
1046	1046. * B/ NON ADAPTE A MA SPECIALITE [biologiste]	N
1050	1050. * C/ oui dans l'idée mais 1/ il ne faut pas que ce soit trop chronophage ou il faut être indemnisé en conséquence 2/ être garanti d'une bonne connexion internet 3/ j'aime la médecine pour la clinique et je ne veux pas avoir juste une base de données à analyser ou à transmettre ! oui à l'outil mais pas à la place de la consultation ou relation humaine	N
1051	1051. * E/ un jour les machines pourront remplacer les hommes ... Est ce souhaitable ? La relation restera le privilège du médecin humain, pour la prise en charge de la santé pourquoi pas des machines ou des techniciens qui n'auront pas besoin d'être	N
1052	B/ intérêt limité dans certaines pathologies * C/ En faisant un projet de maison médicale, je voulais inclure une pièce de consultation équipée pour pouvoir avoir des avis spécialisés de l'hôpital de secteur	M
1054	1054. * B/ quel intérêt ? bien compliqué rétribution pour le temps passé ? * CDE/ intéressant en montagne ou en cas d'éloignement inutile en loir et cher temps passé honoraire ?, responsabilité assurance ? / idem / idem	N
1055	A/ avis au patient, à distance, par mail ou téléphone. avis spécialisé demandé par téléphone, envoi de Rx, par mail etc etc (= télé expertise) * B/ je connais ce genre de dispositif mais je ne savais que ça pouvait servir en télé-médecine. pas d'utilisation pour moi si pas de rémunération, comme c'est le cas actuellement * E/ quelques réticences pour l'examen clinique par un tiers... et toujours le problème de la rémunération	N
1058	A/ STAFF HOSPITALIER	
1059	B/ Temps de consultation encore masqué non rémunéré (bien sûr et cela ne va pas changer par les temps qui court...) * E/ La relation médecin malade va devenir complètement inexistante... Avoir prolonger la vie (grâce à la médecine), pour finir dans de telle condition, ça me laisse sans voix!	N
1064	A/ mails biologiques et adaptation du traitement par téléphone (INR par exemple) * BC/ oui si rémunération adaptée pour le temps passé et la prise de responsabilité. pas de bénévolat / idem * E/ avec qq réserve sur la qualité de la relation médecin malade dans ce cas. la clinique se base sur les éléments objectifs, mais aussi sur la connaissance du patient et la	M
1068	1068. * B/ à qui proposer ce genre d'appareillage ; les personnes qui en auraient besoin se sentent elles bien dans ce contexte * C/ le MG reste bien dans le dispositif, place à bien définir et bien garder en mémoire ; l'hôpital ne pourra pas tout gérer * D/ oui, mais il faut vraiment s'organiser en conséquence * E/ si ça peut éviter de faire 15 km !	M
1069	D/ à quelle heure de la journée ?? à la place des consultations actuelles ?? * E/ on pratique déjà de cette façon le personnel de l'epha prend les constantes en cas d'urgence et nous appelle et on avise qu'apporte de plus la cabine??	N
1071	A/ par téléphone depuis 25 ans activité qui n'a jamais été prise en considération dans mon exercice bien qu'elle mette en jeu MA responsabilité, ce qui n'est pas le cas dans un établissement public où c'est l'établissement ou l'organisation du service qui est mis en cause en dehors d'une faute lourde et personnelle d'un praticien. La multiplication des réseaux de spécialité et la dissection du malade par pathologie risque de multiplier les "chariots et cabines diagnostiques". par contre les applications sur smart phone ou tablettes du patient (qui assure alors l'utilisation de son plein gré et avec les risques inhérents aux limites du système) me paraissent de mise en œuvre facile et finalement identiques à l'activité actuelle de téléphonie * C/ je ne sais même pas si le DMP de Mr Douste-Blazy (1992???) est opérationnel 22 ans plus tard * D/ qu'il est le coût d'un chariot et de sa maintenance ??? * E/ j'espère que ça va inclure aussi les avis des malades bon courage	N
1072	B/ La spécialité ne s'y prête pas [chirurgie orthopédique]. Mon activité principale est la pose de prothèse totale de hanche et de genou mais pourquoi pas? Surveillance de la récupération de l'autonomie? * D/ Évaluation des résultats opératoires de personnes non autonomes ou refusant le suivi radio clinique.	M
1075	C/ trop de texte, je ne lis que le début de la première phrase et répond...NON	N
1076	A/ en RCP de cancers, accès aux imageries * E/ Nous avons développé depuis plusieurs années un dispositif de diagnostic précoce des cancers des VADS dans la région de Béthune d'abord, puis étendue au Pas de Calais et maintenant à la région Lilloise. Le frein est de 2 ordres: l'accès rapide aux consultations spécialisées car nous sommes en faible effectif ORL et l'examen des populations à risque notamment les patients exposés que sont les précaires. L'idée de la télécabine m'intéresse et votre thèse aussi bien sûr. N'hésitez pas à me recontacter bon courage à Vous pour ce travail qui ouvre sur l'avenir Bien à Vous Dr Jean	P
1077	1077. * B/ perte de temps ! les patients ne sont pas des machines sous contrôle * C/ il faut cesser de rendre la maladie omniprésente dans la vie du patient * D/ je pense qu'un jour ça ce train là nous n'aurons plus besoin de médecin ! la secu se débrouillera toute seule * E/ c'est bien ce que je dis il y aura un grand immeuble à Singapour et on soignera tous les patients des hépatites derrière une caméra n'importe quoi !! déjà que les spé ont les carnets de rdv complet la caméra n'y changera rien !!	N
1080	B/ je ne sais pas	M

1081	1081. * B/ L'idée même de la télé médecine, me semble une aberration en médecine générale * C/ Je plains les patients et les médecins qui vont travailler dans les années à venir * D/ LA CE N'EST PLUS LAMENTABLE, C'EST CARRÉMENT TRISTE. * E/ Ce genre de cabine me semble relever de la maltraitance	N
1085	A/ entre collègues par des mails régulièrement	
1086	BC/ JE SUIS CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE DU MEMBRE INFÉRIEUR / IDEM N'ENTRE PAS DANS MA PRATIQUE	N
1091	1091. * A/ je sollicite le réseau plaie et cicatrisation pour suivi de l'escarre d'une de mes patientes, je suis au chevet de la patiente et nous consultons ensemble avec le gériatre * D/ seulement pour des patients très très isolés géographiquement * E/ plus de contact humain effrayant...	N
1092	B/ A conditions que ça ne me prenne pas de temps en plus....	M
1093	B/ Peut avoir un intérêt si on est en capacité informatique d'intégrer les données directement dans le dossier patient par une manipulation simple (car s'il faut tout rentrer manuellement en fin de journée, ce serait trop chronophage): faudrait donc une compatibilité du logiciel médical pour intégrer ces données, et là...? * D/ Là ça va devenir compliqué... perturbations des consultations au cabinet entrecoupées de cette téléconsultation, crainte d'un recours intempestif dans les structures comme les EHPAD pour certaines personnes manquant de confiance en elles qui voudraient un avis pour tout et rien... * E/ je ne vois pas quelqu'un avec une AEG importante, une obésité importante, une atteinte neurologique motrice, etc... pouvoir rentrer là-dedans... intérêt limité pour des personnes qui auraient une certaine autonomie	N
1102	A/ Interprétation des rétinographies du fond d'oeil chez le patient diabétique	
1103	D/ sans parler du pb de la rémunération du temps passé. L'examen rhumatologique est long et fastidieux, mais ds certains cas il pourrait se concevoir dans un tel contexte, dans un temps probablement conséquent... Un douleur de face ant de cuisse peut être d'origine rachidienne, de hanche, du genou, sans parler du talon. L'interprétation lorsque l'on examine soi-même le patient est déjà difficile, que dire d'un examen délégué... Le danger est de méconnaître une pathologie grave et sournoise... Car dans cette spécialité, on ne soigne pas un ECG, une mesure de TA mais on est face à un patient douloureux. Il faut une certaine expertise de l'examen et de la palpation. * E/ Bon courage	N
1104	B/ Ces données St. Pour les généralistes pas pour les spécialistes * C/ Pas destinées à ma spécialité [neurologie], je ne connais que l'existence du télé-avec en neurologie * E/ Pas pour les neurologues	N
1105	A/ Envoi de dossiers de patients par correspondants pour avis sur la CAT. Et réponse par internet. * D/ Je le pratique déjà d'une autre façon	
1107	1107. * BC/ quid de la relation médecin-malade la médecine n'est pas virtuelle un être humain ce n'est pas que des "paramètres médicaux" / même commentaire * E/ je suis inquiet sur le futur de la médecine la technologie est en train de prendre le pas sur l'humain un patient on l'écoute on le touche on le palpe ... mais c'est peut-être le sentiment d'un médecin "has been"	N
1110	1110. * C/ Oui si ce n'est pas en accès libre au patient; reste à savoir si les IDE déjà surbookés auront le temps de gérer ce qui est actuellement le orle du médecin * D/ c'est cela l'avenir ! * E/ Le risque étant l'abus permanent par les patients anxieux ou hypocondriaques	N
1111	BCE/ sans objet dans ma pratique / pas de mon ressort / sans intérêt dans ma spécialité [psychiatrie]	N
1115	BCDE/ rien d'adapté pour le moment à ma pratique / idem / idem / idem [gynécologie]	M
1117	B/ nous sommes 13 au cabinet pas 9 * C/ usine à gaz * D/ le téléphone ça marche * E/ déshumanisé sauf au Sahara ou en mer!	N
1118	A/ Transmission de photos au dermatologue, réponse à des questions de patients	
1119	B/ Éventuellement pour une application de suivi du sommeil (temps de sommeil, réveil, etc...).	M
1120	A/ moyenne beaucoup de bug	
1121	BC/ Pas utile pour moi / Pas utile pour moi	N
1123	C/ inadapté à ma pratique	N
1124	C/ oui si du temps passé et prise en charge par la CPAM du logiciel et maintenance.	M
1126	A/ conseils téléphoniques pluriquotidiens SMS pour résultats anormaux transferts de photo par smart phone en dermato suivi plaies lentes idem envoi de nom de médicaments par photo ou tél. suivi inr par IDE et portable * B/ la robotisation n'est pas assez au point et cette expertise n'est pas reconnue par les tribunaux la relation humaine est capitale sauf le risque de prestations et non d'expertise (officier de santé) * C/ il faut revoir tout les les bases de mesures qui ne sont pas comparables aux données recueillies pour le moment dans les consultations itératives en direct (la mapa commence tout juste à être validante) mais pas encore sur le long terme * D/ il faut un temps d'expérimentation pour évaluer les biais (y compris au plan personnel) * E/ je suis en général pas très favorable au suivi précis en EHPAD car passer du temps en s'éloignant du soin de ceux qui sont en activité et opérants me semble périlleux en période de crise économique. il y a suffisamment de coordinateurs salariés (et très	M
1129	A/ Télésurveillance radiologique en traumatologie	
1130	BCDE/ Peu de choses en chirurgie viscérale / Id / Id / Id	M
1131	A/ DEMANDE D'AVIS PAR MAIL * BC/ JE SUIS DERMATOLOGUE! / PAS ADAPTE A MA SPECIALITE	N
1132	B/ Sûrement très chronophage dans la pratique quotidienne	N
1138	D/ Nous le faisons sans le savoir par téléphone	
1139	B/ Pas prêt à l'utiliser car sans intérêt dans ma pratique de chirurgien du pied / Idem / * D/ Dans ma spécialité seules quelques rares pathologies pourraient bénéficier de cette technologie. Dans la plupart des cas il faut toucher et apprécier les mobilités et	N
1140	BC/ ça ne correspond pas à ma patientèle / idem patientèle non concernée par ces dispositifs [gynécologie]	N
1142	1142. * A/ Encadrement d'une thèse de téléexpertise en oncodermatologie. * D/ plusieurs expériences de ce type en France; mais je ne connais pas le dispositif alsacien. * E/ les dispositifs de santé actuels et à venir (gros business en perspective) ne sont pas de nature à mon avis à résoudre les problèmes de prises en charge sur le terrain; ils dépannent mais ne résolvent pas le problème d'effectif des professionnels de santé. Il s'agit par contre d'une autre façon de travailler à laquelle j'adhère	N
1146	B/ Pourquoi pas ? quels paramètres rhumato disponibles : EVA ?	M
1147	DCD/ je ne suis pas concernée / je ne suis pas concernée / non concernée [gynécologie] * E/ je ne suis pas concernée Certes ces dispositifs peuvent pallier le manque de médecins mais que d'argent dépensé dans ces dispositifs. Transmettre un ECG, une IRM à un médecin plus spécialisé pour avis, éventuellement compléter l'examen clinique en vidéo sur les conseils d'un médecin plus spécialisé est tout à fait envisageable. Mais transmettre des chiffres sans dialogue avec le patient a peu d'intérêt; Pour moi rien ne vaut le dialogue singulier médecin-patient et l'examen clinique sans intermédiaire (je suis gynécologue).	N
1149	A/ traitement et ou conseils par téléphone/échange de radio par smartphone puis discussion du cas/régulation au centre 15/régulation de dose d'insuline pour l'infirmière par téléphone/modification dose d'AVK par téléphone	
1151	A/ patient du cabinet qui sont de grand voyageur consultation par skype transfert de photo sur smartphone	
1152	1152. * C/ D'autres outils intéressants ont été développés sur du Hackathon dédié à la médecine qui a eu lieu à Strasbourg il y a quelques mois... * D/ La plupart des solutions proposées du côté praticien sous PC-only, ce qui limite nettement l'adoption par les professionnels...	M

1155	A/ liste de discussions, mail	
1156	C/ Expérience d'erreur sur la transmission des données au médecin qui a basé sa décision sur une situation inexacte * D/ Perte de la relation médecin-patient, base de la médecine générale	N
1160	E/ pas le temps!	N
1162	1162. * A/ regulation SAMU * B/ en plus des consultations habituelles ? pas le temps * C/ problème du paramétrages des normes: trop sévère, on sera dérangés tout le temps, trop laches, le dispositif ne sert plus à rien * D/ cool, on reste tout le temps à la maison ! [ironique ??? (répondu non à la question)] * E/ quid de la relation médecin -patient ? et comme évoqué en introduction, on est payé comment, quand, par qui ? Le 1/3 payant généralisé est déjà une aliénation de la médecine libérale, si en plus on nous remplace par des machines dans les années à venir, (avec un bon algorithme informatique de prise de décision), les patients vont se suicider deux fois plus, sachant qu'ils viennent surtout nous voir pour être rassurés, pas pour subir de suite une batterie d'exams complémentaires décidés à distance sans aucun contact !!! De la dermatologie, ça se touche, un abdomen ça se palpe, et pas par le voisin ou l'aide-soignante de la maison de retraite ! Sans compter les refus de la prise de responsabilité par les tierces personnes, quand on voit que dans aucune école, un adulte ne peut donner une dose de Doliprane à un élève.....	N
1165	A/ teleassistance echographie de monitoring pour les centre de FIV situés a lyon transfert CR et clichés par mail	
1166	B/ pas le temps peu des demandes de la part des patients * E/ je suis assez reticente pour ce type d'exercice	N
1168	E/ Je ne crois que tout cela soit possible avec la pratique de la pédiatrie sauf peut être des problèmes de dermatologie courrante et et fait énormément déjà de cs par téléphone	N
1173	A/ pour le personnel d'une compagnie pétrolière présent sur des platesformes de forage	
1174	A/ Smart phone avec collègues * B/ Je suis dermato	
1182	1182. * B/ nous sommes nés libres * CD/ ou est la clinique? / l'examen clinique * E/ pas question	N
1183	B/ Retraite depuis 10 ans	
1184	A/ consultations pour une maison de retraite	
1186	A/ Télé-expertise : en direct par mail à la demande de MG ==> avis spécialisé, en direct avec réseau de soins spécifique (cancérologie, HTAP, pathologies interstitielles) Télésurveillance: en direct avec le prestataire apnées du sommeil, oxygénothérapie, réhabilitation à l'exercice... Téléassistance : conseil à médecin de structure en vue d'une prise en charge pneumologique spécifique : oxygénothérapie, assistance ventilatoire,... * B/ Les transferts d'informations patients-médecin en direct ne peuvent cadrer avec mon activité libérale mais peuvent éventuellement s'intégrer dans une structure tierce indépendante qui ferait le tri des données. De la même façon aucun avis ni aucune prescription n'est faite à la demande du patient (tel ou mail) sans consultation (sauf éventuellement renouvellement de désensibilisation, entièrement dématérialisé).	N
1187	BCDE/ recueil de données inutile à ma pratique / hors de mon champs de pratique / hors de mon activité / hors de ma pratique	N
1192	A/ suivi des patients en diabétologie et thyroïdologie : de leur bilan biologique : de leur bilan biologique : via téléphone ou internet * E/ nous sommes déjà submergés de coups de téléphone et mails des patients et confrères, très chronophages, tout cela bénévolement sans encadrement et contre partie financière : cela n'aura pas d'avenir	N
1194	1194. * A/ En garde aux urgences pédiatriques, transfert d'une photo de radiographie au traumatologue d'astreinte par smartphone. * B/ le "oui" à c) est sous condition. D'accord pour élargir la gamme des possibilités de suivi, mais ça dépend comment on s'en sert: ça doit servir une démarche clinique cohérente et sûre. * C/ c) Mais ça dépend lesquels. - J'ai des réserves pour Domoplaies. Je me demande si on peut avoir un bon sens clinique sur une plaie avec écran interposé. L'idée du réseau me paraît tout à fait utile, mais l'absence d'examen clinique direct par le spécialiste me dérange un peu. Il faudrait voir si la qualité de l'examen est similaire avec et sans écran. - Pour le système du Dr Dary, il me semble intéressant de faciliter la transmission de ces données sans déplacement du médecin ou du patient, surtout pour l'ECG (car on sait déjà faire recueillir le poids et la tension facilement sur papier avec transmission régulière de l'information au cours du suivi). L'intérêt est aussi qu'avec un recueil automatisé on ne peut pas "mentir" en reportant les chiffres sur le papier. Mais d'un autre côté ça pourrait être vécu comme quelque chose d'assez intrusif et on doit se sentir très "biomédicalisé". L'intérêt principal est de pouvoir limiter les déplacements patient/médecin à ceux qui sont réellement utiles, mais le risque est de juger ces patients bien surveillés et de ralentir la surveillance clinique de façon inappropriée alors qu'en fait cette télésurveillance ne remplace pas l'interrogatoire et l'examen clinique. - Pour Icalor et Cardiauvergne la surveillance reste clinique, finalement c'est surtout l'application qui sert à remplacer la réflexion médicale et à servir de système d'alerte automatisé. Pourquoi pas! * D/ Je ne suis pas motivée par ce genre de démarche. Je pense que l'examen clinique est limité quand on n'a que la vision et le son par écran interposé. Qu'en est-il de la palpation, de la percussion? On a déjà beaucoup perdu en finesse de l'examen clinique avec l'expansion des examens d'imagerie et de biologie (qui restent indispensables, mais qui pourraient être moins nombreux). Je conçois que le besoin de ce genre de télé médecine se fasse sentir dans les zones de déficit en médecins. Mais je n'ai pas l'impression que c'est une bonne solution. * E/ Là encore j'ai des réserves. Pour prendre les "constantes" ou faire un électrocardiogramme, il me paraît mieux de passer par un soignant employé pour être sur place (avec ensuite télétransmission au médecin). Pourquoi pas faire un examen ORL à distance, ou regarder un problème de peau à distance pour juger de l'importance du problème. Mais pour le reste, mêmes réserves que tout à l'heure: s'il faut un examen clinique, il faut un vrai examen clinique.	M
1195	A/ ECG transmis par telephone et interprété par un cardio en direct	
1196	D/ Cela dépend de la rémunération de l'acte, et des modalités de cette rémunération.	M
1199	A/ télé expertise télé assistance télésurveillance * B/ Je serais prêt à l'utiliser si j'exerçais encore * E/ Je n'exerce plus la chirurgie mais je suis médecin coordinateur en EHPAD qui est le lieu propice à l'expérimentation de ces nouvelles technologies	P
1203	B/ Ces dispositifs n'ont pas d'indication dans ma spécialité. [chirurgie urologique]	N
1204	D/ aux urgences de mon établissement nous sommes en cours d'équipement pour AVC et fibrinolyse	
1205	A/ Ordinateur, pour les interprétations radiologique, mon iPhone pour les avis en traumatologie et dermatologie.	
1207	B/ ?????	
1209	A/ Transfert photo en dermato et ECG au samu	
1211	A/ a l'hôpital avant mon installation, interpretation à distance des examens radiologiques par manque de radiologue, avis neuro sur les irm avant thrombolyse	
1213	A/ interprétation d'ECG pour des confrères généralistes * BC/ on va perdre beaucoup de temps / id * D/ dans ce cas, rien ne vaut le "de visu"	N
1214	A/ Chronophage et non rétribuée ... Très risqué pour les tumeurs. Demandes d'avis des Généralistes, des médecins de l'Hôpital, mais aussi des patients le jour, la nuit, pendant les vacances, au ski sur les télésièges.	N
1215	A/ donner et demander des avis par mail avec photos * B/ ne concer,ne pas la dermato * C/ pour moi le reseau plaie de basse normandie s'appelle Telap	N

1216	B/ Un big brother de plus pour renforcer la médecine de la peur. * C/ Il est logique qu'en fin de cycle les étudiants ne choisissent plus la MG car à quoi bon... si l'informatique, les paramédicaux, les spécialistes et ce qui reste du système hospitalier après le tsunami des 35 H font le travail * D/ pourquoi pas no comment * E/ Un mot pour finir sur les limites de la télé médecine: ce télé questionnaire auquel je réponds. Je vous avoue maintenant que je ne suis plus en activité, je viens avec bonheur de prendre ma retraite, aucun PC ne m'a remplacé et la charge de mes confrères qui approchent pour beaucoup mon âge s'est encore accentuée. O tempores, o mores... Bon courage et bonne chance pour votre carrière	N
1217	C/ oui pour l'insuffisance cardiaque mais les données sont notées sur des dossiers papiers * D/ Si ça permet de réduire les délais d'accès aux avis spécialisés. Egalement intéressant quand on est en rural ou semi rural pour les personnes ne pouvant se déplacer (incapacité physique ou financière)	P
1220	B/ Ma pratique est basée sur une relation en "face à face", "corps présents", dans laquelle l'humain doit être palpable et non pas virtuel. * E/ Il faudra réfléchir sur la responsabilité des "interventions à distance" en dépit de l'aspect séduisant du dispositif...	N
1221	1221. * D/ sous certaines conditions: patients isolés par exemple	P
1223	A/ transmission de photos de pathologie cutanée dans le cadre de diagnostic lésionnel * BC/ mon activité est l'allergologie générale, ce dispositif n'y a pas d'application pratique. / pratiquant l'allergologie générale exclusive, ce dispositif n'y a pas d'application pratique * D/ pour le diagnostic visuel de pathologies cutanées, interprétation des tests allergologiques à distance	M
1224	BC/ Je suis chirurgien du sein Pas d'intérêt pour moi / Je suis chirurgien du sein Pas d'intérêt pour moi	N
1225	B/ nous sommes déjà surchargés de travail. gagnons nous du temps ?	N
1226	BCD/ Peu d'applications en ORL / que surveiller en ORL ? / Et en ORL ? * E/ Peut-être intéressant pour les tumeurs cutanées !	M
1227	A/ avis de professionnels à distance par photo avec mon smartphone (dermato) ou ECG (cardio) * C/ en pratique de gériatrie on peut envisager soit des suivis télémedicaux de personnes âgées dépendantes limitées (à domicile ou en institution), soit l'assistance à certains actes de la vie quotidienne, c'est des pistes intéressantes * D/ C'est assez effrayant, les sources d'erreur, déjà importantes sont multipliées, et le contact humain, chez tous les patients mais peut être encore plus chez les ps âgées me semble thérapeutique en lui-même * E/ On imagine que pour éviter une hospitalisation ou en cas d'absence du MT ça serait une	M
1228	B/ Intérêt en gastro-entérologie?? * D/ En cas d'urgence et si pas trop chronophage	M
1230	A/ WEBCONF POST CONGRES	
1231	B/ Mon rôle n'est pas de flicquer les patients * D/ Je communique par SMS et photo avec les infirmières pour les pansements et les demandes de soins urgents. Dans les autres cas le patient se débrouille. Mon rôle n'est pas de palier à la carence de soignants en France. * E/ Sous quelque forme que ce soit. Une consultation c'est 23€ du 1/4 d'heure et cela devrait être à 50€ si nos tarifs avaient suivi l'augmentation du SMIC. La télé médecine est un gain de temps pour le patient mais pas pour le médecin qui n'est de plus pas rémunéré et doit s'équiper. Bon système pour des structures avec des salariés qui n'ont pas de contraire de	N
1232	A/ Je suis retraité de l'hôpital où j'ai un peu pratiqué (notamment staffs douleur). nb= Je m'exprime pour la maison de santé Jenny d'Hericourt où je suis salarié du médecin libéral * B/ Je préfère laisser au smartphone les fonctions de communication essentielles, par contre je ne serais pas opposé à travailler sur PC (dans la mesure où il s'agit de non urgence) * C/ oui dans la mesure où c'est potentiellement une urgence * D/ Oui, oui, oui !!! * E/ Réticent dans mon contexte, où le déplacement ne pose	N
1233	B/ Bon en dermatologie peu d'intérêt Mais gros potentiel en mg	M
1235	A/ RADIOLOGIE	
1238	A/ Je suis médecin régulateur PDS libéral au SAMU 01	
1239	BC/ Peu d'intérêt dans mon exercice de spécialité / Idem supra * D/ Trop d'aléa pouvant interférer dans la pratique continue, me semble t-il. * E/ Les problèmes médico légaux sont pléthores dans ce genre de prise en charge: cf les recours contre le 15 Étant "ancien", ayant dans mes premières années de généraliste de terrain été amené aux situations urgentes (pour les patients souvent), j'ai été vite convaincu que le déplacement physique auprès du patient était bien souvent plus rapide et moins stressant pour tous les intervenants que les discussions et interrogatoires téléphoniques, et surtout limitait notablement les risques et erreurs de diagnostic ou des caractères de gravité des appels. Bonne Chance et bonne Thèse	N
1241	B/ trop peur des conséquences assurantielles par la suite	N
1242	A/ expérience très limitée à 3 envois	
1247	1247. * A/ dépistage de tumeurs cutanées à l'aide de dermatoscope Télé expertise sur une plateforme de dermatologues	
1248	D/ il faut former la tierce personne à l'utilisation du stétho, de l'otoscope, du dermatoscope....	N
1252	BC/ pas d'intérêt dans ma spécialité / même réponse [psychiatrie]	N
1253	BC/ je suis gynécologue.... / idem	N
1258	E/ la télé médecine est devoreuse de temps que nous n'avons pas si on veut toujours avoir une vie après le travail	N
1259	1259. * A/ avis dermatologique en envoyant par mail des photos prises par smartphone aux correspondant	
1260	A/ avis dermatologique en envoyant par mail des photos prises par smartphone aux correspondant	
1261	A/ Patients que j'ai déjà vus en consultation, ayant un diagnostic avéré et nécessitant un contrôle régulier à distance (Plate forme pétrolière, désert, voyageur perlanent...) * BC/ Je suis andrologue ! / idem * DE/ [oui] Bien que dans mon domaine il s'agit simplement d'un avis symptomatique / même remarque (en andrologie ?)	P
1263	A/ consultation de gériatrie	
1264	B/ si pas trop lourd ou chronophage * E/ si simple (pas genre usine à gaz) mais problème de disponibilité de temps cout? remuneration?	M
1266	C/ CELA SEMBLE ESSENTIELLEMENT ETRE DES OUTILS POUR EVITER DE CONSULTER LORSQUE C'EST EN FAIT DEJA PROBABLEMENT NECESSAIRE ça genere surtout des économies de transport ("vieux ulcère de jambe"= pas besoin d'aller voir le dermato hospitalier) et ça permet de gérer la pénurie de médecins dans les "endroits" peu attractifs: cardiologie dans une partie de la Lorraine par exemple (diminution des cs de suivi des insuffisants cardiaques instables). C'est la gestion de la pénurie comme dans un sous marin ou en haute mer pour les "déserts médicaux". A Paris ou à Nice pas de	N
1270	A/ ECG et photos avec smartphone * B/ Nous allons faire 1 travail de recherche sur la cohérence cardiaque utilisant 1 application smartphone et 1 miniholter portable qui enregistrent ce genre de données.	P
1274	C/ Oui pour les plaies chroniques.	P
1277	A/ Consultations téléphoniques avec des patients en urgence quand une consultation physique n'était pas possible. Il s'agissait alors d'un acte de psychothérapie de soutien, parfois d'une prescription alors envoyée en format pdf. Dans tous les cas il s'agissait de patients connus, régulièrement suivis. * BCE/ peu utile en psychiatrie générale / peu utile en psychiatrie générale / peu utile en psychiatrie générale * D/ Pour un entretien psychiatrique le dispositif peut être léger (visioconférence).	M
1280	1280. * A/ Ma thèse portait sur ce sujet... * B/ Mais en psy c'est pas vraiment aidant...	N
1283	A/ forum et demandes d'avis à des experts partages d'images de dermoscopie à des fins d'échange et enseignement avec des confrères	
1284	B/ je suis nulle avec mon smartphone * D/ intérêt : à grande distance de tout médecin * E/ quand le médecin sera-t-il obsolète?	N

1285	A/ régulation d'appels de médecine générale dans le cadre de la permanence des soins (SAMU)	
1286	A/ Régulation médicale libérale.	
1287	A/ en médecine pénitentiaire téléconsultation de spécialiste pour les détenus * D/ Je suis en zone périurbaine, les spécialistes sont facilement accessibles. Je préfère garder mon temps pour pratiquer la médecine générale * E/ Je préfère faire les visites à domicile et en EHPAD et garder le contact physique avec les patients	N
1291	BC/ ce type d'infos relève plus de la médecine générale que de l'urologie Je suis PH temps plein hospitalier avec activité libérale au sein de mon établissement. / idem * DE/ avec système adapté à ma spécialité / idem	N
1297	BCDE/ q c) nsp / c) nsp / c) nsp / c) nsp [ne sais pas]	
1299	B/ - data peu adapté à ma spécialité pour le moment en fait nous pratiquons déjà la gestion des résultats biologiques, récupération sur le net et classement dans dossier patient lecture par secrétaire formée si anomalie (pre définie) alerte, validation pro * C/ exp : gestion des plaies chirurgicales par photo en post op ambu retour info sur miction après desondage à domicile par IDE ... globalement la cuir ambulatoire semble bien adapté à cette nouvelle forme de travail * D/ remuneration	M
1300	A/ téléexpertise pour avis spécialisés	
1301	A/ staff cpdpn avec hopital, staff cancerologie avec centre anti canceroux	
1302	B/ l'arrivée d'internet augmente mon temps de lecture .Avant je lisais mon courrier maintenant je reçois tout sur ma messagerie , il faut ouvrir les documents , les lire ou parcourir, les classés ou les jeter puis répondre , tout cela se rajoute au téléphone , la télétransmission des actes des documents sécu ... au fait il y du monde dans la salle d'attente! * C/ voir plus haut. anecdote : en consultation il existe des patients qui mettent en courbe leur INR ou glycémies, une variation de courbe angoisse mais il s'agissait de certains. de plus qui va faire la formation de ce genre de dispositif au patient? Actuellement qd je prescrit un lecteur de glycémie je montre comment cela marche : il n'y a aucune cotation pour l'éducation thérapeutique que nous pratiquons depuis des années. * D/ actuellement les remplaçant examinent de moins en moins les patients, avec ses systèmes le contact virtuel rejoint la fiction mais je ne suis pas contre le progrès pour autant. * E/ vive le désert médical	N
1303	1303. * A/ Consultations ou avis via texte et photo sur téléphone portable. Suivi des soins infirmiers à domicile (par ex IDE m'envoie des photos de l'évolution des plaies ou autres) * B/ Je ne fais pas de Baby sitting * C/ Je le fais au coup par coup bénévolement . Mais je crains que ce genre d'acte chronophage et énergivore ne soit jamais valorisé correctement. * D/ Oui mais à la place d'autres consultations.,pas en plus * E/ Suis dermatologue	M
1307	B/ en pediatrie cela semble difficile a realiser et dans de rares pathologies	N
1310		
1311	C/ pas le temps, et si on ne regarde pas, on peut être pénalement responsable * E/ le seul avantage serait qu'on peut consulter de son lit ... lol A mon age 58 ans trop vieux pour jouer avec le computer, c'est pas ma conception de la médecine à taille humaine	N
1313	A/ je ne suis pas sure de définir la télémedecin comme vous d'après les exemples que vous donnez ultérieurement. Je donne des conseils, envoi des ordonnances, répond à des questions, suggère une consultation. Tout cela par mail. Je ne fais pas de consultation à distance. Je fais très attention à ce que je dis et aux limites que peut atteindre ce mode d'exercice. Mais je suis suffisamment débordée pour trouver un soulagement dans cette façon de travailler. * BCDE/ peu utile en gyneco / id / id / id	M
1316	A/ pour le suivi des plaies en lien avec un service de dermato par l'intermédiaire d'un hôpital local	
1318	B/ Les journées n'ont que 24 heures... * C/ Le médecin va être connecté jour et nuit????	N
1319	B/ A SUIVRE * C/ INTERESSANT * D/ ET LE CONTACT HUMAIN ? * E/ A TESTER	M
1320	A/ reunion pour la clinique avec différent medecin de france sur un sujet précis organisé par le groupe GDS qui possede notre clinique avecun projet pour nos RCP	
1321	DE/ plutôt oui/non car ce type de consultation me semble, a priori, chronophage. Quel est le cadre juridique pour ces consultations à distance; et le type de responsabilité entre la tierce personne (IdE ou autre) et le médecin? / Même remarque que ci-dessus. Bon courage pour la thèse!	M
1324	A/ Télé expertise ; demande d'avis médical spécialisé à un confrère ou demande de rendez-vous par mail si le professionnel m'a fourni son mail donc rarement. * B/ oui si cela ne nécessite pas d'équipement supplémentaire car l'investissement pour l'informatisation a un coût * E/ je ne suis pas pour l'absence du praticien car beaucoup de questions ne sont pas bien comprises par les patients mais ils répondent quand même et parfois de façon inappropriée d'où un risque accru d'erreurs médicales. Je pense que lorsque l'on a le patient en face de nous on peut reformuler, réexpliquer et avoir des réponses plus adaptées au cas par cas. Ce genre de dispositif peut-être intéressant dans les lieux isolés où il n'y a ni médecin généraliste ni structure de soins.	M
1327	1327. * A/ télétransmission par des confrères généralistes de photos numériques de lésions cutanées, souvent floues, avec une histoire succincte, pour avis diagnostique. Mauvaise clinique, interrogatoire plus détaillé impossible. Beaucoup de temps, aucun honoraire, et une mauvaise médecine en bref. Je ne veux plus continuer ce type de sous-traitance. * D/ La clinique, la vraie clinique, et rien d'autre.	N
1329	B/ pratique gynécologie médicale non concernée hormis prise TA éventuelle et surveillance glycémique mais autres pratiques adaptées	N
1330	DE/ responsabilité et assurances ????? / idem ci-dessus	N
1331	BCD/ cela n'a v'pas d'application en pédiatrie de ville / meme remarque que precedemment / meme remarque	N
1335	B/ peur d'être submergé d'infos * C/ pas encore, le suivi cardiologique sur le secteur me parait satisfaisant (facilités de communication directe)	N
1336	D/ Je reçois régulièrement des Radiographies de fractures sur mon smart phone, lors de la garde. C'est ma seule expérience	
1337	A/ réseau FEDER mis en place par les ACP de Basse Normandie	
1340	A/ envoi ECG au cardio * C/ mon associée a tenté un avis du réseau plaie et cicatrisation pour une escarre très avancée chez un patient âgé difficilement déplaçable. Lenteur de mise en place, visualisation limitée. mise en place tablette plus longue que simple photo avec téléphone !!! et micro: tel plus rapide!! installation très lente. nécessité finalement de renvoyer le patient sur le CHU quand même. * D/ pas assez sure de leur efficacité. * E/ idem. doute sur le fait que les patients, et même le personnel sauront s'en servir... probablement plus anxigène qu'une présence humaine. mieux que rien pour les lieux très éloignés...	N
1341	A/ utilisée à l'hôpital d'Arbois ou je suis vacataire	
1342	je suis en retraite depuis 2012	
1347	Bonne thèse!	
1353	E/ Je crois que la télémedecin permet de dériver vers des horizons dangereux. La médecine doit rester une relation humaine.	N
1355	BD/ pas d'application dans ma discipline [gynécologie] / pas concernée	N
1356	A/ suivi des pieds diabétiques au sein d'une clinique avec avis CHU par télémedecin * B/ seulement si je peux dégager du temps et être rémunéré car déjà je réponds aux mails, fax et téléphone pour adaptation des traitements, ce qui est lourd.	M
1357	1357. * B/ chronophage * CDE/ à utiliser : oui et non dans votre pratique quotidienne : non lors de garde en clinique : oui / même réponse; non en quotidien, oui en garde établissement / re-idem : non quotidien ; oui en garde établissement	M

1358	B/ à dire vrai plus personnellement que professionnellement	M
1359	A/ envoyer une image d'épithélie radique par I phone * E/ je pense que c'est très important de garder le CONTACT	N
1362	B/ pas concernée [psychiatre]	N
1363	B/ Non sauf rémunération conséquente. J'essaie de faire le moins de bénévolat possible...et ce n'est pas facile * C/ Oui uniquement pour les plaies, mais je crois que ça ne marche pas très bien * D/ Je ne comprends pas bien l'intérêt * E/ Pourquoi pas. Mais mieux que les machines, aussi performantes soient elles, plus de médecins généralistes, mieux traités serait nettement préférable La machine ne remplacera jamais l'humain, surtout en médecine	M
1364	A/ régulièrement sollicitée par mail avec photos à donner mon avis sur des dermatoses * C/ experimentation en cours de montage avec les ehpad de mon secteur	
1369	B/ pas intéressant pour la population de patients d'un pédiatre	N
1372	1372. * B/ Je ne vois pas l'intérêt de rendre urgent ce qui ne l'est pas. Le patient peut très bien me le montrer lors de la prochaine C Cordialement	N
1373	B/ cs et reponses au tel déjà tres chronophages interpreter et stocker ces donnees aussi plutôt un gadget pour motiver les patients mais pas de la "medecine"	N
1380	A/ peu	
1384	B/ GADJET	N
1385	BC/ vu ma specialité pas d'intérêt de ce type de mesure / vu ma specialité pas d'intérêt de ce type de mesure [ORL] * DE/ le problème est comment être/reste disponible pour ce genre de cs alors que nos plannings sont déjà saturés. / même remarque : le problème est comment être/reste disponible pour ce genre de cs alors que nos plannings sont déjà saturés.	N
1386	B/ paramètres évoqués peut pertinent dans ma spécialités [urologie]	N
1390	BC/ non adapté à ma spécialité / idem [urologie]	N
1391	B/ trop chronophage et pas de remuneration	N
1398	1398. * B/ Je travaille sur plusieurs sites je n'ai pas les dossiers à portée de main et suis très occupée quand je suis de garde.	N
1402	A/ photos envoyées par patients ou amis pour avis	
1408	B/ ma pratique professionnelle n'est pas adaptée à ce type de prise en charge qui implique un suivi au long court [urgences]	N
1409	BC/ pourquoi pas ? / pourquoi pas ? * D/ avis téléphonique avec nos réseaux me semble plus rapide et plus adéquat	N
1413	B/ et alors ? * C/ qui ca payer pour tout cela ? * D/ qui ca responsable dans tout cela ? * E/ le medecin examine son patient...point. 1 etape d apres etant que la telecabine soit reliee a un medecin en inde qui bien que tres competent sera paye 3 cacahuetes. Et le medecin generaliste ira pointer au chomage sans avoir droit a rien pour avoir bêlé avec le troupeau devant des administratifs des ministeres plus malins que nous bon courage pour votre travail. (prenez du recul cependant)	N
1416	B/ il faut un dispositif bien structuré, pas un système automatique qui appelle dès qu'ils bug * E/ je ne suis pas opposée au principe, mais la géographie locale ne le rend pas utile	M
1417	B/ [oui] merci	
1419	D/ pb de gestion du temps en ehpad le personnel soignant est present et doit pouvoir prendre les dcisions * E/ pb de competence de mg et d organisation du temps de travail	N
1421	A/ Consultation par mail avec des patients suivi diabete notamment gestation el, adaptation insulinothérapies ophothérapie notamment thyroïdienne * E/ Plus adapte à la MG ?	M
1422	B/ ce travail d'expertise sera t'il reconnu? par l'administration ? par le patient ? qu'elle remuneration ? * BCDE/ pour tous les items quid de la remuneration ? le CTELE est il conventionnel?	N
1425	A/ Visualisation a distance d'examens scanner	
1427	A/ 1.sous forme de téléconsultation à mon cabinet (suivi d' INR, rendu d' ECBU 2.téléexpertise dans le cadre de mon orientation en addictologie (réponse à des demandes d' autres médecins dans ces 2 circonstances avec le téléphone de mon cabinet 3.réponse médicale dans le cadre de mon activité en régulation libérale de la permanence des soins	
1431	B/ J'utilise Withings avec mon Iphone + tensiometre Withings + balance connectée Withings pour moi-même quotidiennement étonnant et fiable * DE/ N'est pas dans mon champ d'activité [stomatologie], sinon oui / N'est pas dans mon champ d'activité, sinon oui c'est génial	P
1432	1432. * B/ pas d'intérêt * E/ Le contact humain me semble essentiel en médecine et ailleurs ; devant le manque de médecins , il me semble utile de développer les compétences des paramédicaux qui le souhaitent ,plutot que développer des moyens	N
1433	1433. * C/ Pour les plaies chroniques ,qui est un domaine qui me concerne(dermato) ,la télémédecine peut être intéressante mais prend beaucoup de temps ,pour l'instant on mobilise des professionnels dans un lieu ,pour aider à distance ,mais il n'y a pas de pas cotation prévue et pendant ce temps ,ce professionnel ne s'occupe pas de ses patients ;examen sur photo insuffisant en dermato ,à mon avis pas de palpation possible par exemple * E/ toutes ces techniques sont intéressantes pour certains cas (prisons ,EHPAD afin de limiter les déplacements de personnes fragiles ou à risque,mais sûrement pas à généraliser A quand des médecins plus nombreux pour examiner les patients en direct avec le contact humain et un travail en équipe avec les soignants IDE AS qui seront de plus en plus isolés!!! que de technologies parfois très onéreuses ,et pour l'instant toutes ces pratiques ,chronophages ne sont pas rémunérées!!! Et les médecins libéraux qui représentent le maillage de proximité sur les territoires surtout en milieu rural et petites villes sont de moins en moins nombreux et mal rémunérés :améliorer l'accès aux	N
1434	1434. * EN EHPAD en particulier c est tres interessant car déplacer une personne de plus de 90 ANS vers les urgences d une centre hospitalier ou elle attendra des heures sur un brancard , pose toujours problème.	P
1437	A/ en EHPAD essai de CS psychiatrie centre mémoire * C/ zone de bonne densité médicale, peu d'intérêt * D/ si peut faire gagner du temps au patient en fait perdre au médecin généraliste * E/ il manque un item dans ce questionnaire temps passé par le médecin demandeur honoraires	N
1438	video conférence	
1441	B/ Cela rajoute du temps de travail (lecture, réflexion, rappel du patient)qui n'étant pas considéré comme une consultation, n'est pas rémunéré * D/ machinerie tares lourde qui implique de nombreux intervenants	N
1445	B/ J'aurais trop peur que les données arrivent n'importe quand et que j'en sois responsable . (Cf données alarmantes arrivant à 22h) * D/ Et le toucher ? et la relation patient/medecin ? pourquoi pas , utilisé par un medecin généraliste pour des avis spécialistes quand on loin de ceux ci . * E/ Cela me fait un peu peur.Toujours , et le contact ? on oublie la différence entre la médecine générale et la réparation des voitures . Peut être pour avoir un avis de spécialiste mais avec la présence discriminative d'un généraliste	N
1451	1451. * C/ oui uniquement pour la dermato * D/ m'intéresserait en EHPAD, mais je vois mal la réalisation concrète * E/ oui à condition que rémunération	M
1457	D/ interet pour eviter de deplacer les patients tres agés ou en ehpad, mais uniquement si financement * E/ uniquement si contrepartie financiere	M

1459	A/ je consulte quelques patients via slype ou facetime environ 15 à 30 minutes par session. soins gratuits * BC/ j'exerce en psychiatrie / idem	
1460	B/ Pas le temps	
1461	C/ j'ai un patient inclus dans cardio auvergne * E/ la clinique passe par la relation médecin malade il ya aussi tout un contexte à évaluer psychosocial qui ne peut se faire par télécabine!	N
1463	B/ Pas de Smart phone en possession * C/ Si le rôle de chacun est bien défini * D/ Je ne possède pas la formation adéquate pour utiliser ce type de matériel.	N
1464	A/ TRANSMISSIONS ECG VIA TELEPHONE ET INTERNET * C/ Il est impératif de vivre avec son temps et d améliorer la pratique médicale meme si cela necessite de nouveaux comportements et de nouveaux modes de remuneration	P
1465	B/ Sans objet dans la spe [ophtalmo]	N
1466	B/ Pas d'intérêt dans ma specialite [psychiatrie]	N
1471	CDE/ ma spécialité ne nécessite pas ce genre de dispositif / pas de besoin dans ma spécialité / pas de besoin	N
1472	B/ partisan d'une liberté totale(en parole) je suis opposé à l'irruption d'un tiers contrôleur dans un lieu privé * C/ bravo, vous êtes dévoilé, vous êtes partisan de la surveillance généralisée. Adviens ce qu'avait prévu G. Orwell (c.f. le roman 1984) * D/ pourquoi pas poser des micros dans un lieu strictement privé?	N
1478	BC/ non adapté à ma spécialité [ORL] / idem	N
1480	A/ Faxer des ECG, avis téléphonique ou mail aux spécialistes pour conduite à tenir (bilan, nécessité de consultation...). * B/ Il s'agit d'une approche beaucoup trop technique qui laisse peu de place à la subjectivité qui est le terreau de notre pratique. Risque à mon sens d'inscrire le patient dans l'hypercontrôle source d'angoisse. * D/ je n'ai pas très bien compris de quel côté je devrais être. * E/ oui dans le cas où l'IDE n'est pas présente car sinon, je ne vois pas l'intérêt.	N
1482	1482. * A/ au chu de tours pour faire les référentiels d'oncologue * B/ pourquoi envoyer à un médecin et pas à un infirmier * C/ ne me concerne pas comme gyneco ne souhaite pas investir plus cher dans l'informatique gyneco c'est déjà 55 pour cent de frais de fonctionnement cs à 28 euro en secteur 1 * D/ pas possible dans mon cabinet j'examine les femmes je fais de l'écho des urgences et des ivg	N
1484	D/ Pas de patients isolés qui ne puissent se déplacer ou que nous ne puissions aller voir. * E/ En garde	N
1485	E/ Nous sommes déjà submergé de travail En rhumatologie nous avons besoin d'examiner	N
1489	1489. * A/ j'ai vu le fonctionnement d'une téléconsultation réalisée par un confrère (sous forme d'échange de mail) avec proposition de travailler pour cet organisme, ce que j'ai refusé (j'ai jugé ce mode de consultation inutile voire dangereux). * B/ Ce n'est pas d'avoir des données supplémentaires qui fera maigrir les patients qui en ont besoin ! * C/ un de mes patients a un dispositif de surveillance de ses troubles du rythme cardiaques et de l'activité -ou pas- de son défibrillateur implantable. Dans CE cas PRECIS, c'est potentiellement utile, pour lui éviter des hospitalisations itératives. Mais comme aucun trouble du rythme n'a encore été détecté, je n'ai pas pu évaluer le fonctionnement du système dans son ensemble... (utilité ?) * D/ pourrait être utile dans des cas exceptionnels (voyage sur la lune ou autre aventure du même type), mais la durée de la consultation est vraisemblablement beaucoup + longue, si on veut faire un examen correct. * E/ Je crains beaucoup les effets pervers : le risque est que les infirmières prennent encore moins de responsabilités, et appellent le médecin pour un oui ou pour un non "vu que	N
1493	A/ Nous utilisons entre les différents sites de nos cabinets de ville et nos plateaux techniques (scanner et IRM) - soit pour donner un avis sur un dossier compliqué sur la demande d'un autre radiologue - soit pour interpréter des radios standards effectuées sur un de nos sites sur lequel nous ne sommes jamais présents mais où une de nos manipulatrices effectue des radios pour un groupe d'orthopédistes qui y consultent. - soit pour interpréter des RP pré et post opératoires effectuées sur une clinique de chirurgie thoracique où aucun radiologue ne travaille Tout ceci via un PACS de marque Global Imaging On Line avec dictée numérique et reconnaissance vocale pour tous les radiologues	
1496	A/ avis spé dermato en envoyant la photo d'une lésion depuis mon smartphone, usage très exceptionnel mais bien pratique.	
1498	A/ AVIS LES DERMATO ET CARDIO	
1501	B/ pas en rapport avec ma spécialité sauf peut être femme enceinte * C/ grossesse pathologique	M
1502	B/ utilité de ce genre de dispositif dans la pratique médicale????	N
1503	B/ Coaching et non plus médecine. A quand l'application en remplacement des médecins. La relation médecin-malade devient électronique comme les relations amoureuses (meetic...) * C/ Un intérêt certain pour des patients fragiles * D/ dans désert médical ceci peut être une aide certaine. Mais en zone urbaine, où le spécialiste en MG devrait être avisé d'orienter son patient vers un spécialiste d'organe, mais le réflexe s'appauvrit sous la pression de certains ayatollahs qui voudraient bien s'accaparer d'avantage du savoir à bon compte * E/ Début des jardins zoologiques	N
1504	B/ sans faire de télémédecine, souvent ,au téléphone, on fait des consultations (non rémunérées) * E/ la modernité de la technique est fantastique, mais n'oublions jamais que le métier que vous allez embrasser, pour toute votre vie, repose essentiellement sur la relation que vous aurez avec ce patient....il vous faudra des années pour le connaître, pour créer cette relation, et je doute que la télémédecine puisse la remplacer. Par contre, quand vous le connaissez bien, vous pouvez à 80 %, gérer une situation par la voix. Bon courage pour votre thèse et pour la suite : vous avez choisi un boulot fantastique (crevant, éreintant, anéantissant, mais fantastique) BON COURAGE car il en faut, mais vous ne le regretterez pas.	N
1508	C/ Nous sommes actuellement en train de monter un projet de télémédecine, notamment pour les plaies chroniques.	P
1512	B/ Si ça peut motiver les patients oui mais je ne suis pas certaine que ça fonctionne	M
1514	A/ En fait je ne sais pas si je peux répondre à votre questionnaire car mon expérience de la télémédecine est celle de téléexpertise depuis le CH de Lorient où je suis attaché en Rhumato qui nous permet de poser des questions aux confrères du CHU de Rennes. j'ai participé depuis mon domicile à un enseignement à distance sur l'ostéoporose. * B/ Mais en rhumatologie on pourrait utiliser une télétransmission pour transmettre toutes les semaines des données comme l'auto évaluation du DAS 28 dans les Polyarthrites Rhumatoïdes. * E/ Je pense que tous les dispositifs que vous proposez nécessitent un apprentissage de la part du patient et du praticien.	M
1515	B/ pas habitué	N
1517	1517. * A/ Assez régulièrement: des confrères généralistes nous envoient des photos de patients surtout pour évaluer l'urgence d'une éventuelle cs en dermato ou CAT. Je demande régulièrement des avis au CHU de mon côté. * B/ Encore un fil à la patte de plus! * D/ Il faut que cette pratique soit bien rémunérée++ C'est vrai que ça rend service aux patients éloignés/impuissants et permet de belles économies à la sécu mais de mon point de vue quelle déshumanisation de notre activité! En contrepartie, la rémunération doit être bien supérieure à une " vraie" consultation. * E/ Oui mais pas vraiment quotidienne. 2/3 fois par semaine, pas plus. J'aime bien toucher mes patients! On a déjà tant perdu en terme de relation médecins/patients avec la paparasse,et pas les moyens d'avoir une secrétaire pour nous aider au quotidien. Alors, la télémédecine, ça m'inquiète assez..	N

1519	1519. * B/ Oui mais bof. La vie et la motivation des patients, c'est pas dans les courbes de suivi (bonjour Claude..) Ca peut qd même rendre des services ponctuels. * C/ Pourquoi pas ? Mais même commentaire que précédemment, le suivi humain c'est mieux. Mais en cas d'éloignement, ponctuellement...why not * D/ Tout ça me semble très bien pour les navigateurs solitaires. * E/ Finalement, je crois que je suis assez opposé aux machines, qui bientôt nous remplacerons. Mais ponctuellement, pour ceux qui ne peuvent - ou ceux qui ne veulent - avoir les conseils d'un spécialiste en médecine générale, ça peut servir...	N
1522	1522. * E/ Tous ces systèmes nécessitent d'être vus en vrai et posent la question de la rémunération du médecin. De plus, la médecine, pour moi, c'est de voir, discuter, palper les gens en vrai :-). Imagine t-on un chaman, guérisseur, sorcier, prodiguer ses soins ou sa prise en charge par internet? Je crains que la fonction apostolique du soignant décrite par Balint soit plus que mise à mal par ces techniques, qui ont certes leur intérêt par ailleurs. Il faudra que le médecin utilisant ces outils recrée du rite médical, sinon il deviendra un simple technicien de santé, dépourvu du pouvoir de guérir, pouvoir fondamental attribué par les patients au soignant, de tous temps et de toute culture. On ne peut guérir ou soigner que si le patient admet qu'on puisse le faire. Bon courage. mondrzak@wanadoo.fr	N
1525	A/ envoyer des photos au dermatologue, envoyer des mails pour des avis aux spécialistes * C/ je suis prête pour la partie dermato, pour la cardio, je ne suis pas prête, j'attends de voir ce que ça donne * E/ Cela pourrait servir de débrouillage avant de se déplacer par contre y a t il assez de personnel dans les maisons de retraite ??? chez nous non !!	N
1526	B/ POUR BPCO OU Insuffisants respiratoires chronique /mais cout reste un obstacle ??? * C/ pour les patients les plus sévères * D/ trop complexe * E/ non concerné	N
1528	A/ Image de dermato envoyée à spécialiste en dermatologie. Echec complet. Dermato pas habitué à travailler avec internet. * B/ applis gadget. Je les utilise moi-même en tant que sportif. Intérêt pour les patients "non sportifs" (95% de la population) : bof. * C/ Le patient n'est pas qu'un "insuffisant cardiaque". Il a moult problèmes. Les seuls à pouvoir le prendre en charge globalement est le MG. La télé-médecine c'est anecdotique et le restera longtemps. D'abord un nombre suffisant de MG avec des moyens. Ensuite ceux-ci utiliseront la télé-médecine dont ils seront les initiateurs, pour des expertises ponctuelles, des avis de super-technicien d'organe; ensuite il resteront les décideurs pour la prise en charge globale du patient. Les expériences actuelles cherchent à gérer la pénurie. Il y aura bientôt beaucoup plus de spécialistes "d'organe" que de MG : cherchez l'erreur. * D/ La télé-médecine c'est comme le DMP. J'ai dit publiquement il y a 10 ans, "Dossier Mal Partis". La télé-médecine c'est la même	N
1530	E/ Bien qu'exerçant dans une communauté urbaine de 40 000 hab environ, nous n'avons pas de connexion ADSL au cabinet! et donc toutes ces technologies nous sont inconcevables pour nous, malheureusement! Le cabinet est pourtant informatisé depuis 1999 et nous télétransmettons en bas débit! C'est tout ce que nous pouvons faire avec l'informatique.	N
1532	A/ Il y a 20 ans pour envoyer des images de scanner pour avis neurochirurgical. * B/ Cela ne concerne pas ma spécialité. [anesthésie] * C/ Oui si j'étais MG ou cardiologue * DE/ Permettrait de faire des CS préopératoire sans obliger le patient à se déplacer. Certains font plus d'une heure de route pour venir nous voir 15 mn (et retour ...). / idem question précédente	P
1537	A/ Tout d'abord dans des protocoles de recherche clinique comme Télédiab1. Ensuite de manière non formalisée dans le suivi des patients DT1 sous pompe +/- capteur +/- assistant bolus. Utilisation notamment pour les patients sous pompe Animas Vibe du système DIASEND. * B/ intéressant pour une accroche puis une remotivation à la prise en charge de l'obésité * C/ hors pathologies d'intérêt * D/ A développer pour prise en charge en téléconsultation des plaies complexes artériopathiques et/ou neuropathiques du pied chez diabétique	M
1538	A/ étudiante au Québec à Montréal en 1976 * B/ pourquoi pas * C/ cela faciliterait le suivi mais quelle rémunération?	M
1539		
1540	B/ stop lâchez nous et itou pour les patients * C/ je ne sais pas * D/ dans certains cas peut-être? * E/ où est l'humain???	M
1541	E/ Le meilleur des mondes, Big boss, sont les origines où se trouve l'être humain? Encore un effort et ce sera Terminator? Les ordinateurs font-ils de l'humour?	N
1543	1543. * A/ Contrôle de défibrillateurs implantables	
1547	B/ Je n'aurai pas le temps de me pencher sur ces données. * C/ Peut-être pour le suivi des plaies et pour le suivi cardio sur pour avoir des alertes sur des critères pertinents (prise de poids, ions par exemple). * D/ Installation complexe. Avis spé rapide assez facile dans ma région. Appel des correspondants, éventuellement ECG transmis par mail. * E/ Peut-être intéressant pour les patients d'EHPAD pour qui l'on doit se déplacer systématiquement.	M
1548	B/ je connais le monitoring foetal pdt le travail.	
1549	B/ l'investissement n'est-il pas à un coût prohibitif? on fait déjà beaucoup de choses pour 23€...	N
1551	A/ occasionnellement via adresse mail perso ou de la clinique * B/ pas d'intérêt en chir ortho * C/ récupération des bilans cardios pre-op et chat avec le cardio si nécessaire	M
1554	D/ Qu'est-ce que ce serait pratique en dermato!	P
1555	A/ ECG	
1556	1556. * A/ en garde de radiologie dans un hôpital général pour avis neuro-chirurgical en urgence * B/ pas utile pour un	
1557	1557. en garde de radiologie dans un hôpital général pour avis neuro-chirurgical en urgence / pas utile pour un radiologue	
1558	A/ Centre de consultation médicale maritime Toulouse Purpan durant 15 ans par tous les moyens et supports * B/ je fais pas le fitness.....	N
1562	A/ ECG, télé-expertise	
1567	B/ seul problème: comment être sûr de la fiabilité des données que nous envoient le patient; une information éclairée me paraît complémentaire; nous risquons également par la télé-médecine de passer plus de temps au téléphone gratuitement que de passer du temps au téléphone... * C/ mon profil de patients cardiaques: patient assez défavorisés peu observants risquant de dégrader leur suivi médical. * D/ me paraît très intéressant pour accélérer le suivi de nombreux patients * E/ j'ai peur des nombreux faux positifs (surtout en maison de retraite: outil anxiogène à l'origine d'effet "blouse blanche")	N

1569	1569. * A/ surveillance des glycémies capillaires, récupération et commentaires de certains résultats sanguins... * B/ Je propose déjà à mes patients de m'envoyer par mail leurs glycémies. cela me demande beaucoup de temps, que je prends sur mon temps personnel mais je le fais par conscience professionnelle et gratuitement. je trouverai normal d'être rémunérée. par contre, avoir le fil à la patte en permanence, serait pour moi un étouffement. * C/ Je suis très clinique et j'ai besoin de l'interrogatoire, de l'examen clinique. des données qui pourraient être similaires pour 2 patients sont à interpréter de façon différente suivant le patient et l'impression que vous avez lors du face à face; C'est la personnalisation de la prise en charge. cette déshumanisation ne me satisfait pas. * D/ dans les zones avec manque de médecins, pourquoi pas? * mais toujours le même problème pour moi, j'ai besoin du contact avec le patient pour me faire une idée précise afin d'individualiser au mieux les décisions. Le contact par lui-même peut avoir une vertu thérapeutique. * E/ pourquoi pas? quand on ne peut pas faire autrement. Mais toujours quelle distance gênante! pour tous les patients et en particulier pour des personnes âgées, qui ont vraiment besoin de ce contact. enfin bref, quelle déshumanisation, stressante par ailleurs pour certains patients... et pour moi! Il me semble que ce contact est la base du diagnostic.	M
1571	B/ Avec tous ces moyens de surveillance et de contrôle, on va voir les patients nous abreuver de leurs tableaux, courbes et historique comme pour les lecteurs de glycémie sur smartphone qu'il nous faudra lire et interpréter en plus de la consultation parfois déjà bien chargée et sans un euro de plus * C/ Je pense que ce n'est pas du ressort du MG qui a trop de choses à gérer mais plutôt pour certains spécialistes à l'hôpital et pourquoi pas en libéral ? * D/ Cela restera probablement exceptionnel (campagnes reculées, institutions ...) car rien ne remplace un contact direct.	N
1572	A/ Télémedecine à l'hôpital avec le service de DAN par visioconférence	
1574	D/ En échographie .oui	P
1575	B/ Données pouvant être utilisées contre le patients par les assurances * D/ Surveillances dans les unités d'autodialyse	M
1576	1576. * Désolé , je suis à la retraite	
1577	B/ les patients me traquent déjà par email. Je préfère les voir en consultation. Je me demande si ces systemes ne rajoutent pas du temps pris avec les patients plutôt qu'ils en économisent * C/ Cela peut générer des économies et un type de FMC pratique * D/ pour nos deserts médicaux? * E/ je préfère encore voir le patient	M
1578	BC/ pas intéressé pour le moment / pas intéressé définitivement système n'appréciant le patient que par le petit bout de la	N
1581	1581. * B/ Je trouve ces dispositifs peu éthiques (les humains ne sont pas des machines qu'on monitoré) et mettant en question la dimension humaine de la clinique de la médecine générale. C'est à mon avis une idéologie qui est opposée à la médecine clinique. * C/ là encore la médecine technicienne croit qu'on peut se passer des humains pour soigner les humains Plus besoin de généralistes !, plus besoin de parler au patient ! Un de mes patients a fait un jour une attaque de panique parce que son tensiomètre automatique affichait des valeurs élevées : il croyait qu'il mourrait. Mon arrivée m'a permis de tranquillement mesurer la TA, constater que l'appareil était défaillant, et rassurer le patient. Pas besoin du SMUR ! * D/ Je n'ai pas besoin de ça à Strasbourg. Peut être dans le désert ? J'ai par contre besoin de téléexpertise, pouvoir montrer un ECG délicat à un cardio, faire une échographie au lit du malade, discuter une image avec un radiologue ... * E/ La clinique c'est le toucher, la palpation, la manipulation du corps du malade, l'odeur d'une angine ou d'un ulcère infecté, la sueur d'un infarctus, la froideur périphérique	N
1582	A/ Courtier mail photos mails ou par téléphone Aussi rcf par tel * C/ Ds ma spécialité	
1586	1586. * A/ Envoi radio, ecg, photo affection dermato à des confrères ou par des patients	
1589	B/ je préfère un contact direct * E/ a quand la médecine faite par un robot???	N
1592	A/ Une expérience d'essai lors de la mise en place des connexions inter- hospitalières. * E/ Peu probable dans ma pratique.[gynécologue]	N
1594	A/ Discussion dossier avec des collègues par téléphone avec consultation de radio adressée par Internet. Conseils donnés aux internes de l'hôpital qui n'ont pas confiance dans les praticiens en place et qui envoie les radios par iPhone pour « deuxième avis	
1596	B/ Cela peut être intéressant pour certains patients mais en ce qui me concerne je pense qu'un patient ne se réduit pas à des graphiques... * D/ Il s'agit de méthodes qui vont certainement se développer dans les décennies à venir mais j'y vois une certaine déshumanisation de la médecine. * E/ C'est formidable techniquement mais ça ne favorise pas tellement le contact avec le patient, ce qui est primordial en ce qui me concerne.	M
1598	A/ transmission d'ECG par FAX ou par photo Iphone photo Iphone avec dermato sur discussion téléphonique * B/ peu de temps pour accueillir de nouvelles techniques j'ai déjà du mal à lire tous mes apycrypt * C/ vu ma démographie locale : 1MG/2000 habitants, il me paraît impossible de se rajouter des taches , ou alors ne plus dormir..... * DE/ manque de temps / manque de	N
1599	A/ Teleexpertise très souvent * B/ La soumission au numérique, le désir de santé parfaite et normée, le cyborg, l'homme augmenté ou transhumanisme sont les catastrophes (médecine 3.0) qui nous attendent sous peu. L'éthique des usages du numérique est bien décrite dans le colloque du CNOM de novembre 2012 reecoutable. * E/ Système trop lourd. Presque tout peut être réglé par la parole et un téléphone sans technique inutile surajoutée. C'est le cas pour la majorité des actes médicaux utiles et justifiés. Dr Benattar, gastroentérologue libéral à Nice.	N
1601	A/ Activité déjà assez prenante pour gérer en plus un flot de télétransmission supplémentaire. * E/ le problème est celui du temps à consacrer aux différentes méthodes	N
1602	A/ De façon "sauvage" par mail avec patients pour suivi ou avec confrères pour avis * BE/ Non adapté à ma pratique en tant que Dermatologue / Non adapté à ma pratique en tant que Dermatologue * C/ Bien adapté au suivi des plaies en dermato * D/ Elaboration d'un projet de Télémedecine en Dermato Cancéro en cours avec TéléExpertise *	M
1606	A/ Réponses fréquentes aux questions de mes confrères/amis dentistes par mails au sujet de leurs patients * B/ Aucun intérêt dans mon activité [stomatologie] * D/ Les avis donnés sont-ils rémunérés?	N
1608	B/ bof, encore un équipement à gérer * C/ me semble plus intéressant que le nombre de pas. * D/ le moins possible. attachement à la relation directe. Dans ma région, proximité patient malade. Peut être intérêt chez un chronique pour éviter les visites très rapprochés, mais quid rapport teleconsultatio visite ? * E/ un peu plus. En fait, mon activité me prend 6 jours sur 7, alors je préfère approfondir mes connaissances médicales dans le peu de temps qu'il me reste plutôt que d'innover vers des techniques chronophages au moins au début	N
1610	1610. * B/ Eventuellement pour un coach sportif, qui transmettra son interprétation au médecin si problème. * C/ Une association de critères basiques sont suivables par le patient lui-même, les décisions d'hospitalisation sont rarement effectuées par un faisceau de critères mais une discussion évaluant l'importance des différents critères, la décision appartient au patient qui fera intervenir des éléments non médicaux, évidemment. * D/ Le téléconseillé risque de s'ennuyer et transmettre des ordres mal interprétés. * E/ Même des instruments simples sont difficiles à utiliser, pourvu que le manipulateur soit du niveau de	N
1615	A/ Étude de recherche clinique en diabētologie avec protocole de coopération avec des infirmières	

1617	E/ selon moi, rien n'est plus important que la relation medecin patient. Cela nécessite un échange (le ressenti du patient compte beaucoup) et un bon examen clinique. La technique ne devrait jamais remplacer la clinique.	N
1620	C/ L'apport est évident pour les plaies. Pour le reste, ça paraît un peu lourd pour des secteurs ou la démographie médicale n'est pas (encore) un problème. A voir par la suite... * D/ Pour les zones très sous médicalisées.	M
1622	A/ conseils téléphoniques aux patients quotidiens, gestion téléphoniques quotidiennes des AVK Avis téléphonique sollicités par les confrères généralistes. Transmission d'ECG par confrères MG. Demande d'avis aux référents universitaires avec transmission d'image voire vidéo d'échocardiographies * B/ j'ai envoyé à l'ARS de Franche Comté deux mails à propos de l'auto-mesure tensionnelle. Je n'ai eu aucune réponse * C/ Il y a une dizaine d'années, avec un pharmacien et un confrère cardiologue, nous avons déjà expérimenté un système de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque (FC poids, TA symptômes,) qui n'a pu se développer faute de soutiens....	P
1625	A/ Médecin adjoint Kerguelen (TAAF)2003 Transmission par internet de bilan biologique, d'ECG, de radio à des spécialistes en métropole. Possibilité d'opérer en étant en contact radio avec la métropole en temps réel. Consultation par téléphone auprès de bateaux circulant autour de l'île. Les moyens actuels doivent sûrement s'être modernisés.	P
1628	B/ Nous n'utilisons pas la télé médecine mais nous utilisons les smartphones pour échanger quelques informations visuelles notamment pour les plaies. La télé médecine est un outil intéressant et certainement très utile. Reste à déterminer les contours de son utilisation et à trouver une rémunération. I	M
1631	A/ Visio conférence dans les locaux de notre hôpital local	
1638	1638. * B/ apporte peu de renseignement pour la pratique médicale	N
1639	A/ de nombreuses consultations au téléphone et quelques avis notamment dermato	
1643	B/ J'aimais écouter, palper, parler... Ces dispositifs nécessitent-ils un médecin au bout du dispositif ? Un algorithme bien fait suffira et inscrira les données directement dans le dossier patient... Ou appellera le SAMU ! Sur-solliciter le médecin n'est pas envisageable ce qui limite le système. * C/ Les patients entrent dans un réseau constellé de bugs, manque de liaison, etc... ICALOR en est la caricature * D/ Pas prêt à l'utilisation because retraite ! Avez-vous connaissance de la "Valise" médicale des basses alpes ? Seuls les problèmes climato-géographiques me semblent justifier cette méthode par ailleurs fort utile +++ * E/ Pourquoi en maison de retraite ? pourquoi pas en rase campagne aussi ? faut-il un jeton ? ça fait douche aussi ?	N
1646	BC/ Réponse négative du seul fait de ma spécialité. [psychiatrie] / Idem * D/ Un avis d'expert par visioconférence fait un peu rêver... Même si j'en vois mal l'organisation pratique vu le temps que peut prendre une consultation psychiatrique. Le temps : notre outil de travail principal. * E/ La télé médecine, pour moi psychiatre, est très limitée. Mais cela me semble prometteur. C'est pour moi actuellement seulement offrir au patient la possibilité de rester en contact par mail pendant mes absences : je donne l'assurance d'une réponse sous 48h au maximum (en générale pas plus de 12h); réponse par mail ou téléphone. Ce sont aussi des consultations par téléphone, exclusivement pour des patients que je connais déjà. Je n'ai encore jamais utilisé Face time ou autre mais pourquoi pas.	M
1647	B/ Première question : quelle rémunération prévue pour me permettre de prendre en charge ce service supplémentaire par rapport à ma pratique actuelle ?	N
1648	A/ Réunion de RCP dans le domaine de la SEP en visioconférence avec le centre régional de référence à raison de 2 réunions par mois. * BC/ Ma spécialité [neurologie] ne me semble pas adaptée à ce genre de procédure / Idem	N
1649	B/ Déjà trop d'informations diffusées par les patients par mail et manque de temps * C/ Nous réglons déjà tout cela par téléphone avec les équipes infirmières et médecins généralistes * DE/ Manque de temps / idem	N
1654	B/ des outils plus complexes avec ua final toujours les mêmes méthodes thérapeutiques. Bien pour les bobos et pseudo "geeks", aucun intérêt pour la majorité des gens	N
1656	C/ cout?	M
1657	A/ Conseil téléphonique avec un patient Discussion avec professionnel paramédical : dans le cadre d'une hospitalisation d'un patient par exemple suite à un problème aigu Envoi ECG et discussion avec cardiologue Envoi de photo de plaie Réponse médicale lors de la régulation au SAMU Règlement d'un problème avec sa secrétaire par téléphone	
1658	B/ NON VIVEMENT LA RETRAITE DEJA ASSEZ DE PROBLEME AVEC LA PAPERASSE DES CAISSES BIENTOT NOUS N4AURONS PLUS LE TEMPS D4EXAMINER LES MALADES * E/ BRAVO L4AVENIR EST DEVANT VOUS	N
1660	E/ comment gérer ce temps ? il y aura toujours un problème surtout chez la PA, peut être régulé par des Ide en Ehpad mais je crains que l'on soit hyper sollicité en permanence (avis global sur la télé médecine)	N
1661	B/ je suis chirurgien	
1664	C/ le pb principal est le temps. En quoi ce dispositif est il intéressant pour nous ? et évidemment en terme de facturation, comment sont facturés les actes si nous ne nous déplaçons pas et ne voyons pas les patients? On risque de passer notre vie au tel ou sur des écrans. * D/ pourquoi pas. La on a l'impression que cela peut nous simplifier la vie	N
1666	1666. * B/ le médecin n'est pas joignable 24 H sur 24 et des implications médico-légales pour non -assistance à personne en danger sont possibles * C/ pour les mêmes raisons que plus haut de plus, la médecine ne se pratique pas devant un écran comme on passe un test ou un examen, il nous manque le toucher l'ouïe, l'examen complet du patient en plus de sa pathologie. La consultation à l'écran est chronophage. A la rigueur, dans un désert médical et c'est peut être notre avenir * D/ Je doute pas de la faisabilité technique, mais du détournement de la technicité au profit du malade et contre le médecin. * E/ Des consultations pour la Médecine de la Navette Spatiale ou pour l'Expédition sur Mars justifieraient une telle pratique, mais pas actuellement. Prenez un superordinateur et faites lui faire le travail. La technicité est une aide pas un esclavage pour le Médecin. Mais comme on veut faire de la Médecine une usine à papiers, à rapports, à courriers, à contrôles, on en prend le chemin. La télé médecine pour des cas exceptionnels, mais	N
1667	D/ Néanmoins rien ne remplace le contact direct avec le patient ni surtout l'examen clinique * E/ Très intéressant pour les constantes	M
1672	E/ pour l'ensemble des questions Fin de carrière Trop vieux pour cette "nouvelle médecine" probablement d'avenir ! Mais le contact humain manquera beaucoup aux patients et aux médecins ...	N
1674	B/ en 2014, existe t il des dispositifs pédiatriques? * D/ en pédiatrie le mieux c'est de toucher l'enfant pour l'examiner. Déjà qu'il a très peur....	N
1676	1676. * A/ j'ai régulièrement des demandes d'avis par mail via notre site internet. Je réponds partiellement car le pb actuel est que ces réponses sont gratuites... Enfin quelques diagnostics délicats nécessitent une concertation entre spécialistes et pour cela nous échangeons nos cas cliniques par mail * B/ pas d'indication en orthopédie sur ces applications. * C/ Oui a condition de trouver une application qui peut correspondre à notre pratique, ce qui me semble compliqué mais toute bonne idée est à prendre * E/ En orthopédie, beaucoup de consultation pourraient avoir lieu a distance. Le pb principal est la facturation	M
1681	A/ Transmission ECG par fax	
1683	C/ ma pratique étant la stomatologie et plus précisément l'orthodontie, je n'ai pas besoin de ce type d'outil	N

1684	B/ ce genre de dispositif exige de la part des praticiens une surveillance permanente , d'un point de vue médico légal c'est insoutenable et déresponsabilisant pour le patient qui ne vit que sur la notion d'alerte et non de prise en charge personnelle (diabète , hta) * C/ perte de contact avec le patient et son examen clinique * D/ à voir dans des situation d'éloignement et de suivi particulier c'est un outil diagnostic mais pas thérapeutique (le geste thérapeutique ne peut être délégué à distance) * E/ où est le médecin , qui est le médecin , aura-t-on besoin d'un médecin , où va t-on ? Que ne ferai-t-on pas pour ne pas former des médecins heureusement je ne verrai pas !!!!	N
1685	1685. * E/ Ces dispositifs semblent intéressants en médecine adulte, pour des pathologies chroniques. Je suis pédiatre, et passe actuellement plus de deux heures par jour au téléphone avec les parents de mes patients.. Je pense que la télé médecine ne pourrait pas m'aider dans ma pratique quotidienne, sinon inciter encore plus les parents a demander des "consultations téléphoniques" comme ils ont déjà tendance à le faire.Je ne pense pas qu'une caméra permettrait de prendre en compte la globalité des éléments et ne remplacera pas l'entretien avec les parents, qui est fondamental, sans être chronophage.	N
1686	BC/ Aucun intérêt dans ma spécialité [ORL] / même commentaire que ci-dessus	N
1689	B/ Reste à évaluer si l'on aurait le temps d'analyser toutes ces données en pratique... * D/ La consultation virtuelle comporte probablement trop de risques. Le recueil de données est toujours intéressant en revanche l'examen "virtuel" des patients ne devrait être qu'une exception.	N
1690	A/ Télésurveillance réception des glycémies capillaires des diabétiques par tel fax ou mail pour adaptation des doses d'insuline - réception de la biologie des la os par connexion sécurisée et adaptation par tel ou mail des hormones thyroïdiennes * B/ Je crains d'être submergé de données et de ne pouvoir les traiter pendant mes congés	N
1691	E/ En clinique, j'ai besoin de toucher, de sentir le tonus.... La médecine est de plus en plus technique et de moins en moins humaine, tout comme la société. Chacun fait tout (remettre en route sa box, "réparer"sa télévision, acheter ses billets....)Il est difficile d'avoir accès à un professionnel avant d'avoir tenté ces réparations. Et je ne parle pas des services publics avec répondants pour lesquels il est quasi impossible d'avoir un responsable!!! Je serai d'accord pour certaines informations qui se transmettent mais relativement réticente à de la vraie télé-médecine. Je suis heureuse d'être à la retraite!!!	N
1692	BCDE/ Pas nécessaire dans suivi de psychiatrie générale / pas nécessaire dans suivis de psychiatrie générale / pas nécessaire dans suivis de psychiatrie générale / pas nécessaire dans suivis de psychiatrie générale	N
1693	A/ photos de plaie à moi envoyée par l'infirmière ou photo de cicatrice opératoire envoyée par moi au chirurgien les photos n'ont pas la qualité suffisante pour une évaluation régulièrement fiable	N
1694	A/ formation ordinateur portable * B/ pas de smartphone	
1697	A/ envoi d'images de lames par webcam pour examen extemporané , participation importante du chirurgien , pas de déplacement de l'anapath. * BCE/ pas forcément utile pour l'anapath / pas forcément utile pour anapath / pas utile pour anapath * D/ échanges de lames virtuelles avec experts intéressants	M
1699	1699. * B/ oui pour des raisons médicales avec décision prise avec moi non pour le "fun" ou phénomène de mode (chronophage) faut sélectionner les priorités * C/ avec toujours les mêmes réserves pas mal d'expériences où le réseau est une "usine à gaz". A condition à que notre cabinet médical dispose de ses propres "filtres" humains afin d'éviter de solliciter le médecins pour n'importe quoi: donc faudra augmenter le prix de la consultation pour embaucher... Voeux pieux et comme l'argent est le nerf de la guerre je pense que je finirai ma carrière en ayant espéré 35 la revalorisation de la médecine générale! * D/ je ne suis fermé à rien mais qui finance ce genre d'expérience? Avec quelle vision à court et moyen terme ? Financement pérenne? Autant je crois aux expériences comme vos exemples autant je doute de la mise en oeuvre à grande échelle ou à un cahier des charge intenable ou à un engagement insuffisant des "tutelles" * E/ pourquoi pas avec les mêmes remarques... N'oublions pas le rôle du médecin. Actuellement nous passons plus à dire NON à des demandes inopinées d'une médecine de consommation alors pensons, en même temps que le développement de la télé-médecine, à garder le MG au centre des décisions. Personnellement je suis pour une évolution vers plus de télé-médecine, par contre avec beaucoup de réserves quant à la mise en application. Cela s'appelle avoir de "la bouteille" et de l'expérience par rapport à de belles idées... Bon courage et poursuivez dans cette voie! Ne tournons pas le dos à l'avenir mais, à nous médecins de le maîtriser!	N
1700	1700. * B/ Beaucoup de temps à passer par le médecin, et toujours gratuitement!!! * C/ Toujours le même problème. Je ne connaissais pas le suivi des plaies chroniques , mais pour la cardio, c'est rentable si on multiple les actes ,même s'ils ne sont pas absolument nécessaires et ce n'est pas éthique, risque de dérive. Pb du temps passé lui aussi non rémunéré. Se pose aussi le pb de la compétence de l'interlocuteur; des sociétés nous ont proposé ces systèmes d'interprétation d'ECG, nous assurant que c'était des cardio, en fait c'était des internes, donc pb de responsabilité, en cas d'erreur * D/ De bonnes idées certes mais finalement plus besoin de médecin et le relationnel là-dedans...Moi c'est la relationnel qui me fait tenir jusqu'à la retraite... alors et puis où est le choix de mes interlocuteurs (et le choix du patient), et la confidentialité et le respect du secret qui est déjà malheureusement beaucoup trop partagé surtout dans les institutions. Les CH,e sont pas capables de repérer les atteintes au secret alors????? * E/ Mêmes remarques que précédemment, utiles effectivement en cas d'urgence surtout dans les zones	N
1701	A/ Expertise d'une photo d'échographie par internet * E/ Nous travaillons déjà en téléconférence pour le conseil prénatal et nous expertisons les photos et autres anomalies. Cela marchait très bien Arrêté pour problème technique cela doit reprendre Les indications de la télé médecine sont à développer pour une plus grande couverture de soins. Problème de temps et de rémunération ??	M
1702	C/ A condition que ce soit adapté à ma pratique (TCA [Trouble des Conduites Alimentaires] en particulier sur les pbs d'obésité)	M
1703	B/ Pour certains patients demandeurs ... Risque " médicaliser " la vie ! * C/ Pour Dermato oui Pas pour cardio car sont a proximité * D/ Trop de dépendance avec outils qui me glacent ! * E/ Quelle horreur !! Et le toucher , le contact !! C'est tout ce qu'ils veulent !! Je suis épouvantée par la médecine qui arrive ! Ce qui compte c'est la qualité de vie les gens ne sont pas des machines à régler souseper ausculter ! qui quantifie les sourires , la parole , le contact , le temps passe auprès du malade ?!	N
1704	D/ Je suis souvent sollicité pour simple avis dans ma pratique, pour rassurer ou guider J'utilise internet Ce type de pratique pourrait m'intéresser++ [gynécologie]	P
1706	C/ Mais nous n'avons plus aucun créneaux horaires disponible. Le temps de consultation ne laisse de place qu'aux tâches routinières	N
1710	B/ de temps en temps et à ma demande pas à celle du patient...	M
1711	B/ étant donné ma spécialité cad ophtalmo cest moins utile que pour un mg	M
1712	DE/ pas utile dans mon lieu d'exercice / pas utile dans mon lieu d'exercice	N
1713	D/ dans certaines spécialités comme l'ophtalmologie, cela pourrait être plus compliqué car il faudrait dans la plupart des cas faire une réfraction avant l'examen proprement dit, sauf si l'on suit un patient connu avec une pathologie connue et définie (exemple DMLA ou glaucome)	N

1718	C/ à condition que les consultations à distance soient rémunérées * E/ utiles dans les maisons de retraite où les IDE sont souvent intérimaires et connaissent peu les patients	M
1719	DE/ ce n'est pas une question d'âge ni de méconnaissance de la technique (j'aime bien jouer avec la virtualité en dehors de mon exercice professionnel) mais dans TOUTE consultation de MG la seule chose qui me paraisse importante est le colloque singulier avec le patient et le contact physique avec lui et je trouve que l'ensemble de ces instruments le déconstruisent soigneusement petit bout par petit bout / ibid	N
1722	1722. * C/ A condition que le temps passé soit rémunéré de façon attractive * D/ Cela existe couramment dans la marine. L'utilisation peut être salvatrice réservée à des cas graves et hautement rémunéré compte tenu des risques majorés. Nul doute que les assurances s'aligneront sur cette évaluation des risques ... Attention à ne pas reproduire le cas des echo du 6è mois ... * E/ La gériatrie est spécifique. Ces dispositifs amenés à viser des patients impotents doivent faire l'objet de précautions particulières et orienter plutôt vers des examens cliniques complets, quitte à ce qu'ils soient moins nombreux. Les patients âgés proches de la mort par définition développent plus facilement une crainte excessive et une consommation excessive d'avis médical ... D'autant qu'ils souffrent véritablement ce qui augmente cette sensation de crainte..	N
1724	D/ Que l'on forme des médecins au lieu de se résigner à gérer au mieux la pénurie....	N
1726	B/ Dispositif pour geek autocentré. Parfaitement inutile pour autre que les marchands de ces gadgets. * E/ Assez effarant , l'aspect relationnel de la médecine disparaît laissant croire que le + important c'est le côté technique ("les constantes") .Notre société est mal barrée....	N
1735		
1736	C/ si facile à utiliser et pas trophronophage	M
1738	E/ je pense que ce genre de dispositif va très rapidement remplacer totalement les médecins, un petit tour sur les avancées en intelligence artificielle vous en convaincra assez vite, la lecture de "principes des systèmes intelligents" de Jorion (ed du croquant) et guerre civile numérique du même fera le reste, l'accumulation de données dans des DMP et autres permettra d'affiner les diagnostics, pour des gains de productivités énormes : c'est suppression de 95% des tâches des médecins, la voie ouverte à la cybermédecine aux professions intermédiaires.	N
1740	A/ suivi de pemphigoïde bulleuse. Le suivi est essentiellement infirmier comptage des bulles. cela permet de d'organiser la décroissance de la corticothérapie locale. * B/ hors champ pour la dermatologie	M
1741	B/ Semble fort pratique, reste à voir fiabilité * D/ Je connais le principe, actuellement en attente de mise en place pour alléger les consultations de suivi des greffes hépatiques à Beaujon.	M
1745	B/ Risque de diminuer le nombre de consultations de suivi très importantes dans le dépistage ... Priorité à la clinique * C/ Bon Ben y a plus à jeter le stétho arrêter de regarder si il y'a un hématome gamine laisser l'infirmière juger d'une dyspnée . Cela m'inquiète ! Rien ne remplacé de voir son patient les constantes sont une chose le reste de l'ex clinique est indispensable !!!! * D/ qu'en est il de l'auscultation cardiopulm la palpation abdo l'ex neuro la caméra va tt au mieux donner des renseignements sur l'état général, la peau, la dyspnée . La télé médecine ok pour demander un avis de médecin à médecin faire réinterpréter un cliché remonter une lésion cutanée à un dermatologue mais pour le reste ... * E/ Pitié gardez le contact avec le patient, suis désespérée par ce questionnaire n'espère jamais avoir à exercer une telle médecine de robot, j'espère pouvoir continuer à écouter le cœur et les poumons de mes patients autrement qu'à distance palper leur ventre leurs aires ggr leur thyroïde les voir en face voir leur état général, sentir leur haleine éventuellement cétonique .. Je suis scotchée et terrifiée, c'est bon pour les cosmonautes mais un peu d'humanisme ne ferait pas de mal . Moi je pense qu'il faudrait aussi réfléchir à l'ex gynéco à distance et à l'auto Toucher rectal Trêve de plaisanteries je pense que la télé médecine peut être une aide palliative quand on ne peut pas faire autrement ou pour discuter d'un dossier entre médecins mais ne peut se substituer en aucun cas à un ex clinique à côté du patient .	N
1747	B/ je n'utilise pas d'informatique au bureau je n'ai qu'un ordinateur personnel et je refuse de m'informatiser au travail cela nuit à la relation médecin patient	N
1749	E/ avec des honoraires de misère on a une médecine de misère, dépassée qui va régresser, pas d'honoraires décentes pas d'investissements alors la télé médecine quand on voit le DMP je serai en retraite avant	N
1751	A/ pour demande d'avis auprès de professeurs pour répondre à un avis d'un médecin généraliste * E/ pour les avis dermatologiques ; il faut un médecin pour la demande d'avis , on ne peut répondre à toutes les demandes , il faut des photos de bonne qualité et la photo ne remplace pas l'oeil humain ni une biopsie	M
1752	A/ entretien psychologique par Skype pour suivi de patient connu partis à l'étranger ou en province	
1753	B/ exercice en milieu semi-rural patients peu réceptifs aux smartphones et leurs application, déjà difficile de les convaincre d'adhérer au programme sophia de la cpam	N
1754	A/ consultations imagerie médicale * B/ pour les sportifs éventuellement	M
1755	C/ Pas intéressée dans ma spécialité [gynécologie]	N
1756	A/ envoi d'ECG dans un autre cabinet médical * D/ j'ai besoin du contact pour apprécier le patient, ça ne correspond pas à ma pratique, mais ça peut-être intéressant pour les déserts médicaux.	N
1757	A/ envoyer un ECG par fax au cardio envoyer un courrier à un autre spé pour avis (sans que le patient se déplace) envoyer une photo au dermato par mail l'IDE fait des photos de plaies au domicile et la secrétaire les intègre ds le dossier médical du	
1759	1759. * B/ Ma spécialité ne se prête pas à cela mais oui, si j'avais besoin de ces données. * C/ PLUS D'INFORMATION AVANT UTILISATION+++ pb délégation à l'infirmière "le médecin à proximité du patient" , oui, le médecin de ville qui lâche tout et court sur place?? le service d'urgence ??? * D/ tout cela est certainement possible, mais ce n'est pas une médecine que j'ai apprise (au lit du malade) et je ne me sens pas d'envie de tester cette manière de faire. Trop d'intermédiaires et d'outils entre médecin et patient. C'est une médecine adaptée aux fans de la technologie et de la com. Que dit le patient?? * E/ Ca ressemble à de la médecine pour désert médical après bombe atomique. j'aimerais bcp lire ce qu'en pensent les acteurs de ces expériences, le gain de temps réel avec l'installation en cabine, la manipulation de la fibre optique par le non médecin, et la responsabilité de chacun .	N
1760	1760. * A/ pré test sous forme d'images vidéo d'échographie pelvienne idem avec mur d'image en colposcopie au cabinet * je viens d'envoyer le questionnaire sans avoir rempli la 1è partie . je le renvoie donc avec la partie manquante.	
1761	E/ Actes rémunérés et comment?, comment, actes à faire en dehors des horaires de consultations?, actes pris en charge par nos assurances professionnels??	N
1763	A/ interprétations d'ECG / relevés tensionnels en automesure à domicile.	
1764	C/ si on trouve une application en gynéco obstétrique= monitoring des contractions utérines, surveillance d'une HTA chez femme enceinte	M
1767	A/ Demande d'avis d'expert, par mail	

1768	A/ quelques questions médicales par mail envoi de photos pour dermatopathies	
1769	BC/ Pas d'application intéressante en rhumato à ma connaissance. / Pas d'application intéressante en rhumato à ma	N
1770	B/ Peu d'indications en pédiatrie, en dehors du surpoids!	N
1771	B/ surcharge de travail	N
1773	C/ Sans objet pour ma pratique ORL	N
1774	B/ encore du travail en plus * D/ quid de la relation medecin malade (poignée de main, toucher) et de la palpation de l'examen clinique ?	N
1777	A/ Très basique: envoi d'ordonnances par e-mail essentiellement.	
1778	E/ contact réel indispensable éventuellement après tri telemedical	N
1779	A/ transfert d'images * BC/ peut être pas indispensable en ORL/ même remarque	N
1781	B/ Je suis psychiatre : qqes patients ont mon adresse électronique et nous communiquons par mel entre les consultations, ou par sms ou téléphone pendant mes congés, dans des moments critiques. Pratique limitée dans le temps, pour quelques patients seulement. Aucun de ces actes, parfois chronophages, ne donne lieu à une rémunération * CD/ Non adapté à ma spécialité. / Non adapté à ma spécialité / * E/ Non adapté à ma spécialité. J'ai pu avoir connaissance de bribes d'informations auxquelles je ne me suis pas intéressée. En psychiatrie il pourrait y avoir aussi des consultations à distance et je crois que ça existe ; peut-être justement ce dispositif bourguignon d'ailleurs est-il aussi utilisé pour des avis psychiatriques par les psychiatres de secteur.	M
1790	A/ Envoi photos, ECG pour avis	
1792	E/ En dermatologie, on a besoin de voir en pleine lumière, à jour frisant et sous plusieurs angles. Ensuite on a besoin de toucher et l'odeur peut être importante . malgré les progrès , certaines données de raisonnement médical ancien sont encore valables	N
1794	A/ par téléphone et mail. pas de caméra. surtout pour conseil; sans paiement de l'acte hélas * B/ mais oui si rémunération	M
1801	A/ Utilisation en consultation en prison avec un anesthésiste.	
1802	A/ transmission d'images par smartphone(scanner, ECG) * C/ pour l'instant non car trop chronophage * E/ formation nécessaire	N
1806	BC/ quel intérêt pour une psychiatre ? / idem	N
1807	B/ les patients nous demanderaient une analyse en détail de chaque pas et de chaque battement cardiaque en plus ou en moins? * E/ Les patients porteront plainte si on a pas vu la nuance de rouge autour d'une plaie? Il faudrait d'abord que la société comprenne que la médecine rend service, et que le patient n'est pas en droit d'exiger la guérison et un médecin parfait à 100% 24h sur 24. Si cela arrive un jour, alors on pourra les aider mieux	N
1809	A/ connexion en ligne avec service de radiologie et logiciel medical de la clinique	
1812	E/ j'ai ou je n'ai que 39 ans.. mais je tiens tellement aux contacts avec les patients .. certes les visites sont "chronophages" mais à mon sens irremplaçables ... je pense qu'il faut maintenir ce lien, des rapports humains directs.. par contre j'approuve la télémédecine pour les zones désertées, les pays émergents , etc ..	N
1814	A/ Echanges et réponses aux patients par mail * C/ Je suis un des principaux "fournisseurs" libéraux de Cardiauvergne, en nombre de patients * E/ Comme pour pour la proposition précédente, l'utilisation de tels dispositifs est certainement intéressante pour les patients éloignés ou peu mobiles, mais se heurte de notre côté à un problème de temps et de disponibilité. Répondre à des demandes de renseignements ou donner des avis par mail , est plus facile car sans contrainte temporelle. Bien cordialement	M
1816	A/ De manière non conventionnelle et non formelle : Mail pour demander des avis aux cardio (envoi de l'ECG par mail et réponse), contact avec les IDE par image / MMS pour suivi des plaies chroniques des patients. * D/ Dans certaines conditions : Pathologies principalement 'diagnostiquables' par interrogatoire et examen visuel (notamment dermato)	M
1818	BCDE/ Pas de rapport avec mon activité médicale... [angiologie] / pas d'intérêt dans ma pratiquemédicale. / toujours le même commentaire / idem	N
1819	A/ Téléconsultations fréquentes par téléphone, pour avis, adaptation traitement, décision de consultation	
1821	C/ c = pourquoi pas * D/ réponse NON mais pour quoi pas	M
1822	B/ Je considère que ce sont des gadgets * C/ Je trouve intéressant de pouvoir transmettre des images de plaies de patients grabataires (ulcère ou escarres) pour optimiser la qualité des soins Je suis moins convaincue de l'interet pour la surveillance des insuffisants cardiaques, nous avons déjà un reseau pour les patients cardiaques et diabétiques -> lourd+++ * D/ Bof, je me déplace auprès de mes patients qui ne peuvent plus le faire, dans mon cas particulier ces équipements ne sont pas justifiés... * E/ ca peut être utile en garde...	N
1826	1826. * B/ Pour moi a priori à relève du gadget * C/ Mais en quoi est ce un plus pour l'IDE, elle sait déjà appeler le médecin qd elle suspecte une décompensation ou devant un résultat de biologie qui l'inquiete ?? * D/ Idée séduisante de consultation à distance mais je n'ai aucune envie de jouer les techniciens assistant un spécialiste. Pourquoi pas pour des IDE d'Ehpad mais les médecins des zones où ce serait le plus utile ont autre chose à faire. * E/ Mais qu'est ce que ça apporte de plus qu'un dossier ? Une IDE sait déjà faire tout ça et le dire par téléphone bcp plus rapidement !	N
1827	A/ Avec une patiente française envoyée en Russie pour raisons professionnelles. PC/ Skype	
1829	C/ Difficile en gyn.obs	N
1830	E/ toutes ces experiences sont intéressantes, le tout est de pouvoir le mettre en pratique, qu'il existe un organisme de maintenance de ces systèmes (que le libéral n'aurait pas à gérer) et qu'il existe des cotations pour rémunérer le médecin.	M
1831	B/ si cela ne remplace pas une consultation c'est peut être jouable mais probablement chronophage * C/ Extreme lourdeur spatiale et temporelle ! De plus ds le cadre de la surveillance d'une plaie la tablette ne remplace pas l'oeil ni la main !	N
1832	A/ émissions regardées sur mon logiciel pratis santé formation à distance par des laboratoires * D/ me semble trop compliqué	N
1835	C/ lourdeur de la livraison de la tablette, difficultés de conection	N
1837	D/ Je prefere le contact humain au contact des machines .Le FO est possible par télémédecine du moins dans un grand nombre de cas. Helas je n'ai pas fait 12ans d'etudes pour me retrouver seule devant un ecran .Le materiel continuerad etre fabriqué en asie , les clichés lus en Inde ... ce serait moins cher qu en France.Car il s'agit de cout tres souvent...nous avons tous eus des amis ayant echoué au concours et je trouve dommage de remplacer l humain par des machines .	N
1838	1838. * CD/ en région parisienne c'est moins utile qu'en Auvergne les distances ne sont pas les mêmes / pour les mêmes raisons * E/ en maison de retraite c'est intéressant	N
1839	1839. * en région parisienne c'est moins utile qu'en Auvergne les distances ne sont pas les mêmes / pour les mêmes raisons * en maison de retraite c'est intéressant	
1843	A/ par téléphone , pour des patients que je connais bien ; surtout pour des enfants / rare par internet pour patients en voyage * B/ tous ces éléments sont à interpréter zavec un examen clinique * C/ à voir * D/ intérêt à évaluer en EHPAD * E/ ?? je ne suis pas compétent dans les images de nasofibroscopie	N
1845	A/ pour la surveillance des PM et des DAI c'est une bonne technique. pour la telemedecine on communique des images radio scanner et irm entre etablissementbts.je suis aussi hospitalier * B/ je ne sais pas * C/ pourquoi pas .mais a utiliser dans maregion * E/ comme vous le dites reste le probleme des remuneration set aussi le probleme juridiques qui entoure cette pratique.	M

1846	A/ radio adressée des medecins traitants ou des urgences sur mon smartphone pour prise de décision à distance	
1848	BCDE/ temps pour y participer? quelle organisation y sera dévolue? / temps pour y participer? quelle organisation y sera dévolue? / temps pour y participer? quelle organisation y sera dévolue? / temps pour y participer? quelle organisation y sera dévolue?	N
1851	A/ I EXPERIENCE PILOTE AVEC ARS EN EHPAD	
1858	1858. * A/ location d'un appareil à ECG avec interpretation à distance	
1859	C/ je suis gynobs	N
1860	B/ je dispose d'un ordinateur à domicile, pas à ma consultation.	N
1862	B/ pas le temps * C/ pratique	N
1867	1867. * B/ En ciblant les patients moi même et ou les paramètres surveilles afin d'éviter une surcharge de travail supplémentaire Il faut que le patient soit examine physiquement par un médecin a mon avis a un moment ou un autre	N
1869	BCDE/ Celà ne semble pas correspondre à ma spécialité. [médecine physique et réadaptation] / Même commentaire que dans la rubrique précédente / Même commentaire que dans les rubriques précédentes / Même commentaire que dans les rubriques précédentes	N
1870	B/ C'est un dispositif qui peut être très intéressant, mais je le verrais plutôt amené par le patient pour la consultation "in live". Personnellement, je n'aurais pas le temps de suivre ces paramètres en plus du temps de consultation administratif, du téléphone... * C/ Pour utiliser l'informatique en pratique quotidienne de cette manière, il faut pour les médecins libéraux, un dispositif de formation puis de maintenance informatique auquel il puisse faire appel facilement. Vérifier des chiffres et des données peut effectivement être réalisés par des IDE, qui auraient alors un temps rémunéré pour cela. * D/ Dans ma pratique quotidienne, la relation médecin-malade est importante, et donc un dispositif de télé-consultation ne serait qu'un dépannage ou une situation particulière(difficulté d'accès auprès d'un spécialiste par exemple). * E/ Je vois mal une fibre optique pour examen ORL, utilisable par le patient ou un tiers si ce n'est dans des situations géographiques particulières.	N
1876	B/ Mais sous condition : ne pas être interpellé à chaque instant sur les résultats de ces dispositifs	M
1877	A/ avis auprès d'un dermatologue pour une personne âgée avec difficultés de déplacement photos avec un smartphone et avis par mail	
1879	A/ toujours teleconsultation en psychiatrie et teleexpertise en pneumologie et traumatologie	
1884	C/ interessant en chirurgie ambulatoire * D/ cotation de la téléconsultation ? pas question de faire de tiers payant car en secteur	M
1885	1885. * A/ Vidéo conférences Télé expertises * B/ Pas pour un chirurgien	N
1886	A/ Télé expertise envoi de photo au dermato * C/ Pas actuellement, pas tant que j'ai l'accès direct aux experts, * D/ Après le big bang! Sérieusement, je n'ai plus envie de faire la révolution dans ma vie professionnelle. À 56 ans, je viens de m'initier à l'hypnose et je crois que ça me plait vraiment beaucoup, une médecine terriblement humaine... Juste de photos de dermato que je mets dans les dossiers, des ECG que j'adresse au cardio de garde. De plus je commence à prendre en charge des patients victimes de SICEM... * E/ Idem. Ça fait ringard de le dire, mais la perte de l'humanité arrive à grand pas, au secours!!! Les repas sont ils servis de la même façon? Franchement, j'ai peur de la fin de ce siècle...même si c'est tentant d'avoir des réponses immédiates à nos questions. Les patients mourront sinon guéris, en tout cas diagnostiqués, peut être suicidés	N
1889	1889. * A/ ECG, transféré par téléphone, avec avis cardiologique à distance. * B/ Je ne sais pas... Je ne suis pas quelqu'un qui travaille très vite, je préfère le contact et la discussion avec le patient. J'ai peur de me noyer dans des données techniques qui deviendraient, par leur nombre, impertinentes... * C/ BOF! Toutefois, pour des patients très sélectionnés, et justifiant d'une surveillance rapprochée, avec l'aide d'un auxiliaire formé qui vérifie les alertes c'est assez tentant. Mais alors VRAIMENT sélectionnés, à haut risque, et si il n'y en a pas trop à gérer en même temps. Et qui rémunère l'auxiliaire dans ce cas * D/ ?????? * E/ C'est peut-être intéressant, si ça permet de surseoir à une visite, et gagner un peu de temps. Mais là aussi, il me semble qu'il faut quelqu'un sur place, formé pour ça.	M
1891	A/ maison de retraite patient devant caméra relié à l'hôpital local où se trouvait le gériatre	
1892	1892. * A/ Régulation libérale A Dijon au sein du SAMU21 Pour le SAMU89, sur place et en régulation déportée (régler depuis mon domicile à Dijon pour le centre 15 de l yonne) faire interpréter un scanner par un neurochirurgien avant le transfert d'un patient de un hôpital peripherique * B/ Gadgets pour des non malades * C/ C'est quand même pas difficile d'apprendre à lire un ECGéliminer les diagnostics d'urgences puis confier aux mains de cardiologue de façon programmé. * D/ [oui] Avis spécialiste rapide en attendant un.rdv programmé. C'est ça l'accès aux soins coordonnés . * E/ Ça c'est bien pour la médecine	N
1893	B/ Je trouve cela ennuyeux trop technique	N
1894	A/ Transfert d'imagerie par mail ou mms Transfert ecg pour avis cardiologique par fax	
1895	1895. * B/ prêt à l'utiliser si le patient ne m'envoie pas ses données mais qu'il vient avec, à une consultation dédiée. * C/ tablette pour un avis sur une plaie : pourquoi pas pour les patients difficilement transportable pour avis hospitalier suivi cardio : l'interet , plus que d'être "connecté" c'est qu'il y a une notion de "flicage" si on est négatif ou de "motivation" si on est positif, pour que patient et IDE mesurent VRAIMENT le poids que j'ai demandé et m'avertisse VRAIMENT si augmentation	M
1896	B/ Ne releve pas de ma specialité [dermatologie] * CDE/ Pas le temps necessaire / Pas le temps / Pas le temps	N
1899	D/ ?????	
1903	1903. * B/ lorsque notre débit ADSL sera bon...et lorsque les logiciels médicaux seront + compatibles... * E/ non car matériel inadéquat ...	N
1906	A/ Très peu	
1907	C/ en fait comme je suis gynéco je n'aurai pas l'occasion d'utiliser un tel système autrement que pour moi même comme patient	N
1914	B/ plus dans mon domaine, on annonce la sortie en septembre d'une brosse à dents connectée * C/ quoique ces exemples n'aient pas d'application dans mon domaine d'activité [stomatologie] , je garde l'esprit ouvert * D/ la chaleur humaine me paraît difficile à transmettre par internet, pourtant c'est une composante indispensable du soin * E/ aucun élément sur la rémunération du télémedecin? ni sur la qualité effectivement reçue des renseignements sur lesquels il engage sa responsabilité?	N
1916	B/ je préfère discuter des données lors d'une consultation avec le patient	N
1917	B/ En informatique comme très souvent la réponse est attendue ds l immédiateté ... Alors qu'elle nécessite un moment dédié .	N
1919	1919. * C/ Attention a la liberté et a ces fausses recommandations soit disant aidantes qui ne sont que des moyens de surveillance * D/ Être medecin n est pas un acte seulement technique!!!! * E/ Cette télé médecine s applique volontiers aux radiologues qui ne ont pas besoin de créer le contact ou dans des contrées désertées par le corps mefical	N
1920	B/ C'est un outil qui sera révolutionnaire pour la médecine notamment en ce qui concerne la rhumatologie pour le suivi et l'évaluation et la surveillance de certains rhumatisme inflammatoire PR SPA etc...	P
1924	A/ demande d'avis à des spécialistes essentiellement du CHU	
1926	B/ Gestion chronophage. Quand la consultation sera à 50 euro on en reparlera.	N

1929	1929. * A/ de manière informelle avis sur photos aux confrères pour hâter un RDV ou pour un avis chez des expatriés (Vietnam pays du Golf) ceci de manière non rémunérée. * B/ ne pas oublier que plus les infos sont transmises au médecins plus il sera rendu responsable en cas de problèmes. ne pas oublier l'aspect consumérisme dans notre profession. avis ponctuel soit mais il faut éviter l'avalanche d'info qui risque de noyer l'essentiel dans notre pratique. * C/ [oui] a condition que le temps soit rémunéré et pas en plus d'une activité qui déborde déjà de manière intrusive dans notre vie privée. * D/ définir le cout et la rémunération du praticien définir les responsabilités en as de problèmes ne pas oublier que cette démarche s'inscrit dans une pénurie médicale voulue : ne faudrait il pas tout simplement ouvrir le numéris clausus et cesser l'importation de confrères étrangers en faisant rater 90% de nos promos en P1???? * E/ permet au plan dermatologique de codifier l'urgence de la consultation véritable en présence du patient. le toucher etc. manque à al télémedecine. Bref il peut s'agir d'un outil supplémentaire pour	M
1932	B/ Projet en Bretagne dans les EHPAD de Broons et Eréac (22) avec la Mutualité Française	
1933	BC/ ça deviendrait un carcan sur le plan médico-légal! / voir supra	N
1934	B/ Ces dispositifs ne s'apparentent en aucun cas à ce que je qualifierais de "telemedecine"!!!!!! * D/ Mes correspondants spécialistes restent, à ce jour, disponibles très rapidement	N
1935	1935. * B/ il faut arrêter ce fichage et monitoring permanent qui envahissent nos vies et ne laisse plus d'espace de liberté . Et attention au big brothering Je sais que cela n'est pas la réponse attendue... * C/ Là c'est tout autre chose, c'est un service supplémentaire pour des personnes malades qui ont des difficultés à se déplacer .	N
1936	A/ chirurgien orthopédiste, j'utilise les consultations des clichés à distance pour donner des avis aux urgentistes pendant les gardes * B/ saisie des EVA pourrait être inéressante, notamment après chirurgie ambulatoire	P
1937	BE/ difficultés car volume important de données cliniques prévisibles avec nécessité de vigilance continue avec interprétation et responsabilité si anomalies nécessitant une correction rapide et non détectées ou non vues / difficultés car volume important de données cliniques prévisibles avec nécessité de vigilance continue avec interprétation et responsabilité si anomalies nécessitant une correction rapide et non détectées ou non vues * CD/ activité chronophage et non rémunérées pour le médecin / activité chronophage et non rémunérées pour le médecin *	N
1938	B/ Il faudrait pour les urologues faire une application de débitmétrie urinaire à domicile mais pisser sur son téléphone je ne suis pas sur que ce soit une bonne idée.	M
1940	B/ Pas besoin d'une telle technique pour dire à un patient qu'il ne marche pas assez. * C/ Intéressant pour une pathologie nécessitant un suivi un peu pointu. * DE/ Inutile en cabinet libéral mono praticien de grande ville / Même commentaire	N
1942	1942. * B/ [oui] MAIS JE VIENS DE PRENDRE MA RETRAITE	
1946	A/ Avec le CHU de Lyon, demande d'avis d'expert dans le service Pr Luc Thomas * B/ Pas d'intérêt pour la dermatologie	N
1948	A/ Cs de patients loin du cabinet qui envoient photo +dépistage du cancer de la peau en association avec la msa * B/ Ce n est pas mon quotidien * C/ Pas à titre professionnel	N
1949	A/ Envoi de photo à un dermatologue ou un autre collègue chir plasticien * B/ Je ne suis pas concernée dans ma spécialité [dermatologie] * C/ Pourquoi pas Le problème est TOUJOURS la rémunération de nos actes ...! * D/ [oui] Je n'ai pas besoin de l'état pour m'équiper d'outils intéressants dans ma spécialité J'ai eu avant tout le monde un ordinateur et y appareil photo , et des loupes pour opérer tout cela acheté sur mes propres deniers dans aucune aide de l'état et heureusement que je n'ai pas attendu de subvention pour cela Cela fait très longtemps que je travaille CORRECTEMENT et je n'ai pas besoin qu'on me dise ce qu'il faut faire pour travailler correctement avec les outils actuels! * E/ Pas concernée par l'orl	M
1950	A/ Apycrit reception des examens correspondance par mail * D/ J utilise Skype pour cs post op	
1952	1952. * B/ mais pb du temps disponible problème de la rémunération ; et de la responsabilité	N
1955	A/ Pilote de l'expérimentation TLM en EHPAD à Gerstheim	
1957	C/ POUR LES ULCERES LES INFIRMIERES M ENVOIENT DES PHOTOS ET ON DISCUTE * D/ JE REGRETTE QU IL SOIT IMPOSSIBLE D ENVOYER DES PHOTOS AU DERMATO DU CHRU D ASTREINTE POUR AVOIR UN AVIS INFORMEL	M
1958	E/ Que reste t-il de la relation médecin-patient dans tout ça ? Peu a peu on ne saura plus examiner un patient , on n'aura plus besoin de réfléchir sur un diagnostic Personnellement je n'ai pas voulu être médecin pour être réduit un rôle de technicien robotisé j'espère garder un peu d'humanité	N
1961	1961. A/ Médecine militaire navale	
1962	Médecine militaire navale	
1963	Médecine militaire navale	
1964	1964. Médecine militaire navale	
1969	E/ Pas certain que ma spécialité soit vraiment adaptée à la télémedecine [oncologie]; le rapport et le contact humain y est en ce qui me concerne primordial....mais j'en comprends parfaitement l'intérêt dans ce que j'ai lu et surement précieux pour la médecine rurale en permettant au praticien de limiter son temps sur la route par exemple...	N
1970	A/ TELEEXPERTISE TRANSMISSION DOSSIER MEDICAL à UN CONFRERE SPECIALISE POUR AVIS	
1972	E/ vous savez, quand on voit 70 patients/jour, de 7 h du matin à 7 h du soir, on n'a qu'une envie, finie la journée : oublier la médecine ! si en plus c'est chronophage, ce que je redoute, aucune envie de m'y intéresser. De plus, aucune envie d'être 24h/24 disponible: je privilégie le peu de temps libre qu'il me reste pour ma famille !	N
1973	A/ reception de CR medicaux/biologique/radiologique par mail envoi de courriers ECG imagerie medicale par mail	
1974	1974. C/ la clinique st gaten de Tours (cardio) a ce dispositif pour patients sous défibrillateurun de mes confrères du cabinet a un chariot dans le cadre de la maison de retraite ou il est coordinateur nous étudions les moyens de développer cela au sein de notre cabinet, d'autant que nous avons aussi un étage avec trois dermatologues	
1975	1975. la clinique st gaten de Tours (cardio) a ce dispositif pour patients sous défibrillateurun de mes confrères du cabinet a un chariot dans le cadre de la maison de retraite ou il est coordinateur nous étudions les moyens de développer cela au sein de notre cabinet, d'autant que nous avons aussi un étage avec trois dermatologues	
1976	C/ Ne concerne pas la spécialité [gynécologie]	N
1978	B/ gadget * C/ pour ces pathologies, en milieu rural ou excentré, je pense qu'il y a un réel intérêt * DE/ je ne crois pas que cela pourrait être utile dans ma pratique, mais effectivement pourquoi pas en Ehpad, mais attention à la iatrogénie : les vieux (actuels, pas les futurs que nous sommes), seront sûrement perturbés par ce dispositif... / idem ci-dessus.	N
1980	1980. * B/ Aucun interet. Après le patient peut s'amuser avec ces applications s'il le souhaite. * C/ Ce qu'il faut pour ces dispositifs c'est qu'ils permettent de répondre à une question posée. Et non pas de transmettre pour transmettre. Tout le monde sait que les technologies actuelles permettent de faire tout un tas de trucs sympas, intuitifs et ludiques. Mais à quoi servent-ils et qu'amènent-ils de plus pour ou par rapport au médecin de 1er recours (moi el l'occurrence)? * D/ En cas de difficulté de déplacement pour le patient. * E/ Même remarque que precedement. Ne pas laisser la compétence humaine de coté. Déjà que le bons sens se perd.	M

1982	A/ Lors des sorties qd je travaillais aux urgences transfert d ecg	
1985	C/ cela ne me concerne pas vu ma specialité [ophtalmologie] * D/ comment "une tierce personne" pourra analyser l'écoute d'un stéthoscope ou savoir reconnaître une pathologie tympanique? * E/ il faut certes gérer la pénurie de médecins par la télé-médecine mais il me semble que d'augmenter le numerus clausus permettrait d'éviter ça et que l'on arrête de dégoûter les étudiants de la medecine libérale (11% des futurs medecins choisissent le libéral). Le problème est surtout la	N
1987	B/ Chronophage - Les journées de 14 h à 15 h pourraient donc me permettre d'ajouter 1 h pour lire ces compte rendus....	N
1988	B/ mes patients sont âgés * C/ j'ai déjà du mal à récupérer les traitements en cours * D/ J'ai déjà du mal à récupérer les courriers des spécialistes * E/ Je trouve qu'il serait très simple et très utile de déposer les compte-rendus médicaux sur le nuage et d'en donner l'accès au médecins qui interviennent sur le patient concerné	N
1990	A/ avis photos envoyés par des médecins généralistes ou des infirmiers, ou conseilssur des photos diagnostic parfois difficile, mauvaise qualité de la photo, définition, mauvais cadrage, couleurs, ou ne représentent qu'une petite partie des lésions, absence d'information et impossibilité de palper la lésion * B/ peu d'utilité en dermato de ville * C/ pour les plaies, mais avec la possibilité de le faire une visioconférence pour avoir des renseignements	M
1992	B/ TROP INTRUSIF POUR LE PATIENT ET LES INFORMATIONS MULTIPLIEES PAR LE NOMBRE CROISSANT DE PATIENTS SERA INGERABLE * D/ SUIS PROCHE DES PLATEAUX TECHNIQUES ET D UN chu * E/ surmedicalisation des EHPAD medicalisées	N
1996	A/ Conseil sur photos patients pour avis à des generalistes sur smartphone	
1999	C/ pas d'intérêt dans ma spécialité [chirurgie vasculaire]	N
2000	DE/ plus adapté,à mon avis, à la pratique de ma spécialité que les chapitres précédents / idem chapitre précédent	M
2003	A/ un congres medical	
2004	A/ ecg	
2006	2006. * B/ on n'a pas le temps. L'ecoute du patient est tres importante.Et prend du temps. Pour soigner et suivre les petients correctement , il faut du temps , des medecins et une consultation revalorisé(e) (40 euro minimum)Je suis en secteur 2 à 31 euros! * C/ c'est trop "usine à gaz" * D/ dans les maisons de retraites , il y a des med coordonneurs...donc pas besoin de materiel sophistiqué chronophage. Je pense de plus en plus à ne plus suivre de patient dans les ehpad : trop de contrainte et de mauvaise	N
2010	2010. * B/ Mon mari est informaticien : par ses revues spécialisées, je sais que ces applications n'ont aucune sécurisation de ces données médicales = confidentielles. Et je ne parle pas de la transmission de ces mêmes données et de la sécurité de ma propre boîte mail... Quand la sécurisation des données enregistrées sur les smart phones et de leurs transmissions sera effective, cela sera très intéressant. * C/ Tout cela a un inconvénient majeur : il n'est générateur que d'urgences qui deviennent d'autant plus difficiles à gérer avec la surcharge actuelle. Et ce système permettra de gérer plus de monde dans les régions les plus surchargées mais pas de générer du temps "de souplesse", des creux d'emploi du temps qui permettent de caser des urgences. Avec risque d'alerte à la moindre poussée tensionnelle de stress et les urgences à 59kg mais pas la veille à 58kg... Et gérer tous les jours les SMS avec les constantes de chacun est trop chronophage pour être une alternative. Je préfère les Consult intermédiaires pour les patients instables mais à jour fixe ("la semaine prochaine/ en fin de semaine, il faut que j'aïlle le voir et pas seulement les constantes"). * D/ Oui. Très très bien. Mais QUI financera puis vérifiera, renouvellera le matériel à usage unique (embouts d'otoscope et autres...) et entretiendra un tel chariot / cabine de télé médecine dans chaque village de France et de Navarre ? Un chariot pas utilisé pendant les 2 mois d'été marchera-t-il en sept ? Si tout le monde est là au RDV avec un chariot dont l'ECG ne marche plus ou la transmission ou la batterie... ? * E/ En MDR, on a plus de chance que l'entretien du chariot soit réel avec une utilisation suffisante pour qu'il soit "rentable". De plus, son coût de fonctionnement peut facilement être inclus dans le prix de la MDR... C'est déjà plus réaliste sur le moyen et long terme.	N
2012	2012. * B/ Absence de temps pour analyser les infos transmises * D/ OUI avec reserves , car le feeling (ou le "pif") que donne le patient en contact direct me paraît irremplaçable , apres 35 ans d'experience * E/ Même remarque . De plus cela conduit obligatoirement à une approche totalement protocolisée du patient, source d'erreurs ou d'angoisses et de prises en charges exagérées , inutiles et couteuses .	N
2016	A/ Photo dermato	
2021	A/ consultations téléphoniques depuis 30 ans consultations par courriel avec photos et/ou vidéos depuis 15 ans	
2024	2024. * B/ Trop de patients à gérer donc trop astreignant si suivi si précis pour chaque * D/ Cool car devant la pénurie du médecins dont les spécialistes , les patients doivent s'expatrier de +/- et cela devient très pénible	N
2025	2025. Trop de patients à gérer donc trop astreignant si suivi si précis pour chaqueCool car devant la pénurie du médecins dont les spécialistes , les patients doivent s'expatrier de +/- et cela devient très pénible Nb : recherche remplaçant (e) voire associée à athies/laon	M
2026	B/ Peu compatible pour l'ophtalmologie	M
2027	A/ Télé radiologie avec une structure ayant un déficit en professionnel	
2029	2029. * C/ N'y a-t-il pas eu une structure sur Aix-en-Provence pr le suivi des Insuf. Cardio ?	
2031	2031. * E/ L'ensemble de ses dispositifs peuvent être intéressants sur le plan professionnel mais me semble coûteux et chronophage... Nous pratiquons déjà beaucoup de consultations par telephone gratuitement, de plus en plus de patients sont demandeur de renouvellement d'ordonnance sans se déplacer et sans payer. Ce genre de dispositif me paraît très risquer financièrement pour une profession qui est déjà en baisse de revenu depuis plusieurs années. Les pouvoirs publics ne me semblent pas prêt à reconnaître tout le travail fait à distance. Ne pas oublier qu'ils ont décidé de rémunérer les pharmaciens pour la gestion des TP INR des patients sous anticoagulants, travail effectué gratuitement par téléphone par les médecins depuis	N
2032	B/ La médecine protocolisée de cette façon la n'est plus de la médecine * C/ Et l'humain !!!!! * D/ " tout médecin qui pense pouvoir être remplacé par un ordinateur devrait l'être" * E/ Je suis consterné je sais que cela va se passer.... j'espère mourir avant que d'être soignée comme ça.	N
2034	2034. * A/ demande avis dermato * B/ systemes tres chronophages en pratique quotidienne en medecine liberale	N
2035	2035. demande avis dermatosystemes tres chronophages en pratique quotidienne en medecine liberale	N
2037	A/ EN GERIATRIE:EN EHPAD.	
2040	E/ ici c'est la campagne...	
2043	2043. * A/ Envoie de photo en dermato, conseil frequents aupres de differents specialistes Envoie d'ECG Conseil par telephone aupres des patients en cas d'impossibilité ee déplacement Contact par mail de certain patients vivant a l'etranger * CD/ Tout depend de la complexité du dispositif et du temps . Quel serait le financement du materiel!!!! Qui n'est deja pas pri en charge par la secu!!! Comment le medecin serait rémunéré? tous les actes de telemedecines que je pratique actuellement sont gratuits et chronophages. / Reponse id que precedemment	M

2044	2044. Envoie de photo en dermato, conseil frequents aupres de differents specialistes Envoie d'ECG Conseil par telephone aupres des patients en cas d'impossibilité ee deplacement Contact par mail de certain patients vivant a l'etrangerTout depend de la complexité du dispositif et du temps . Quel serait le financement du materiel!!!! Qui n'est deja pas pri en charge par la secu!!! Comment le medecin serait rémunéré? tous les actes de telemedecines que je pratique actuellement sont gratuits et chronophages.Reponse id que precedemment	M
2048	B/ Peut motiver le patient pour prise en charge diététique ,activité sportive . Ne conviendrait pas à patients âges * C/ Peut améliorer prise. En charge des patients. Prévenir arrivée de décompensation * D/ Existe surtout dans nord de la France (déserts médicaux). Je suis installée dans le sud * E/ Utiles pour déserts médicaux	M
2051	BCDE/ pas applicable / pas applicable / pas applicable / pas applicable [chirurgie orthopédique]	N
2052	2052. * B/ c est une connerie sans intérêt onéreuse et non fiable la communication entre deux êtres ne doit pas dépendre d'une possibilité informatique capricieuse e t infidèle * C/ dispositions inutiles et nuisibles contraires aux intérêts des malades et des médecins cette possibilité de médecine sans contact humain ne doit pas être développée * D/ dispositif inutile et onéreux sans intérêt ni au long cours ni à moyen terme Si les humains sont déficients c'est les humains qu'il faut améliorer pas l'informatique * E/ contraire à l'intérêt des malades et de la société Ensemble de dispositions contraires aux intérêts humains et uniquement favorables aux vendeurs d'informatique Philosophiquement identique au nazisme	N
2054	A/ Télémedecine sauvage!: Photos envoyées de smartphone à smartphone. * B/ Pas le temps de flicker le patient pour savoir ce qu'il mange....Est ce que les patients vont accepter cette intrusion? * C/ Difficultés pour joindre les spécialistes. Avis sur des données fiables. je n'ai pas d'ECG. Dossier complet avec photos. * D/ J'ai besoin d'examiner les patients * E/ Responsabilité du médecin lorsqu'il ne s'est pas déplacé???? Utile pour le régulateur du smur plutot	N
2055	B/ pas d'interet en radio diagnostic	N
2058	A/ Samu	
2060	A/ Sans au centre 15 Régulation médicale au cabinet avec conseils téléphoniques, suivis de bilans bio reçus par internet, et ordonnances faxées	
2061	B/ Pb de protection des données? Utilisation détournée par assurances??	N
2062	2062. * B/ Intéressant car ne se substitue pas à la consultation médicale mais permet d'apporter de nouvelles informations. * C/ Prête à essayer pour me faire un avis. * D/ J'aimerais qu'il y ai plus d'études sur le sujet avant de le faire éventuellement. L'absence de présence physique auprès du patient me semble un frein à l'intuition et au sens clinique, si importants en pratique, mais ça me semble une possibilité intéressante dans certaines situations exceptionnelles comme pour des personnes ayant besoin d'une consultation alors qu'elles se trouvent dans un lieu reculé. * E/ Mais se discute déjà plus que la question précédente dans le cas des consultations de suivi pur où le patient n'a aucun symptôme et ne vit le médecin que pour une visite de routine.	M
2063	B/ Selon l'intérêt médical pour le patient et le médecin * D/ [oui] Mais pas tout de suite	M
2064	B/ je prefere le contact direct * C/ la medecine est une relation avec le patient, informatiser nos consultation me fait penser au telephone rose	N
2066	A/ Consultation plaie avec le centre ST Helier à Rennes , 1° expérience au sein d'une EPHAD ,	
2071	B/ Oui mais risque de recevoir trop d'informations à traiter	N
2072	2072. * B/ ce genre de surveillance intrusive ne developpe pas l'autonomie du patient et place le patient comme assisté et surveillé. Il ne peut etre accepté que par les patients anxieux donc la prise en charge est déjà correcte * C/ Compte tenu de la charge de travail , de l'éloignement des patients en campagne et de l'augmentation programmée des personnes dependantes ce type de projets est plus que souhaitable * D/ Si je n'en suis pas obligé , je prefere ne pas l'utiliser. Les risques d'erreurs de diagnostics sont majorés. rien ne vaut le touché et la consultation de visu . En plus , la presente d'un tiers peut influencer le medecin . * E/ des palliatifs a des carences demographiques ...	N
2073	B/ En l'état actuel de notre pratique médical, l'outil informatique est un instrument qui a apporté un réel gain dans l'optimisation de notre consultation mais qui devient de plus en plus chronophage nous demandant un temps post consultation de plus en plus long (courrier à scanner , bilan bio à récupérer et tel patient selon ...) ce ne serait qu'un temps supplémentaire sauf a l'integrer dans la cs et non un gain de temps pour un avantage minime pour le patient * C/ Plus intéressant et bénéfique au patient * D/ Utile dans les zones sous dotes ou pour des avis plus rapide	M
2076	C/ mis en place par les cardio	
2078	B/ pas adapté à ma spécialité [chirurgie orthopédique]	N
2080	A/ avis sur des photos adressees par des correspondants medecin generalistes,notamment dans le cas ou le malade ne peut se deplacer. occasionnellement photos adresse par des malades suivis regulierement et qui sont loin du lieu ou j'exerce (vacances voyages).	
2082	B/ il faudrait dégager un certain temps (comment?) , rémunéré (combien?)pour interpréter, analyser ces données et prendre une décision * C/ pour commencer , il faudrait rendre le DMP plus cohérent et surtout accessible gratuitement pour les médecins (merci les éditeurs) * D/ j'ai l'impression que tout cela alourdirait ma charge de travail (déjà très peu tenable actuellement) * E/ quid des faux positifs? l'examen clinique et-il devenu à ce point secondaire?	N
2083	A/ mail dermat photo	
2085	A/ en DPC	
2087	2087. * B/ Très intéressant pour certaines spécialités dont MG, mais peu d'application en gastro en dehors de la biologie , telle que suivi des chimiothérapies (je ne fais pas d'oncologie) le suivi des biothérapies et des traitements immuno dépresseurs, des hépatites chroniques. C'està la fois peu de chose pour moi, mais non négligeable pour un de mes associés oncologue. Pour la gastro-entérologie générale, les patients consultant dans la perspective d'une endoscopie de surveillance et de dépistage , pourraient également bénéficier d'une télé consultation évitant un déplacement. * D/ TOUT CELA ME SEMBLE TRES ALLECHANT, en particulier pour les personnes à mobilité compliquée, milieu carc&ral.patients hospitalisés ou en EHPAD, ou en déplacement * E/ Tout cela est passionnant, ce n'est que le début, prenons vite le train en marche. Bien que presque atteint par la limite d'age et la santé je reste toujours tenté par les innovations. Resztera le problème de la rémunération, mais qui a probablement été résolu dans certains pays, allons-y voir! Bonne chance, courage et confiance!	P
2088	2088. * A/ - en demandant un avis à un confrère spécialisé par téléphone (télé expertise): simple avis téléphonique, ou ECG adressé par fax au correspondant cardiologue - certains patients m'adressent par internet une grille d'automesure qu'ils ont rempli à domicile * B/ pas tant que ce genre de surveillance aura fait la preuve d'une efficacité clinique. Quelle surveillance pour quelle pathologie pour quels patients ? (Risque d'être inondé de données de patients obsessionnels, alors que les patients moins observants ne s'impliquent pas forcément plus avec ce type d'outil). Nécessité d'évaluation préalable rigoureuse - quel créneau horaire ? quelle rétribution ? sur quelle base ? * C/ Domoplaie peut être intéressant	N

2090	C/ l'interprétation doit être faite sur un temps de travail donné..mais j'ai bien peur qu'un tel système n'entraîne des dérives et que le médecin ne devienne un esclave qui n'aura plus aucune possibilité de se déconnecter du travail.. * D/ et la relation médecin-patient ? qui est pour beaucoup dans la prise en charge de toute pathologie?	N
2091	A/ envoi de photos à un service plaie et cicatrisation pour avis spe * E/ en fonction du coût de l'installation bien entendu	M
2099	A/ AURAL HAD : tablette chez le patient prescriptions envoyées par internet suivi du patient pouvant être fait à domicile	
2100	A/ Résultats biologiques/ comptes rendus confrères via internet	
2104	A/ Télé expertise prise de l'avis d'un spécialiste par téléphone * BCDE/ Pas le temps / Pas le temps / Temps / Temps et risque professionnel	N
2105	2105. * A/ fax d'ECG au cardiologue essentiellement. Je pose aussi parfois par mail des questions à des spécialistes hospitaliers, j'appelle parfois des spécialistes libéraux ou hospitaliers pour avoir un avis par téléphone * B/ j'ai déjà assez de travail sans être envahi de données non désirées envoyées par les patients. Je le pèse moi-même au cabinet, je réalise déjà des automesures tensionnelles quand c'est nécessaire. En ce qui concerne son alimentation et son nombre de pas, je trouve ça très paternaliste. Le patient est assez grand pour savoir s'il marche ou non en regardant lui-même le résultat. * C/ cela demande bien trop de temps pour être fait en libéral. Il faut que ce soit géré par des hospitaliers. Je ne suis pas contre le fait que l'hôpital propose ce genre de chose à mes patients à condition qu'ils gèrent eux-mêmes les problèmes qui y seront liés, et que ça ne soit pas un prétexte pour faire sortir trop tôt des patients cardio d'hospit sous prétexte qu'ils sont surveillés et que je me retrouve à devoir aller chez eux en urgence car ils sont vraiment sortis trop tôt * D/ Rien ne remplace la main sur le ventre... je doute que l'entourage familial puisse me dire s'il y a une défense ou une raideur de nuque. Je pense que ce système est pourvoyeur d'erreur et de mauvaise prise en charge * E/ je ne vois pas trop la différence avec l'exemple précédent. J'ai également peur de recevoir une masse d'information que je ne pourrai pas traiter à temps. La cabinet est-elle en libre service ? On peut donc avoir 20 ou 30 personnes qui y passent tous les jours en plus de nos consultations au cabinet ? Et comme vous le dites en introduction, comment ce travail là sera-t-il payé ? C'est pour cela que j'appelle ou j'envoie des mails aux hospitaliers (sauf si le patient est suivi en libéral) car les hospitaliers sont payés au jour de travail et non à l'acte. Le libéral n'est pas du tout payé pour le temps qu'il met à me répondre. Pour en revenir aux cabines, une infirmière prend aussi bien la tension et la fréquence cardiaque, elle apporte aussi un savoir-faire et la chaleur humaine. Pourquoi vouloir à tout prix déshumaniser la médecine ?	N
2106	BC/ pas le temps / idem * E/ les infirmières se chargent de nous informer	N
2108	2108. * A/ téléphonie et fax utilisés pour avis cardio sur résultat ECG * B/ Pas pour le moment: Trop de projets en cours, travaillant au sein de la première MSP du Gard reconnue par l'ARS LR, et en milieu rural donc bonne communication entre Médecins paramédicaux et patients * C/ L'IDE de L'EPHAD dans la quelle je travaille a déjà contacté le réseau plaie et cicatrisation de Montpellier pour une de mes patientes * D/ La MSP de Sauve est sur un projet démonstratif de télé expertise conçu par la FMPS et l'ANTEL. Nous travaillons sur la télé expertise pour les lésions dermato, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale. Reste à trouver le budget auprès de l'ARS LR (qui fait partie des 9 régions françaises choisies par la DGOS) Il est possible d'avoir un "chariot" dans la MSP, mais faut-il encore avoir un budget et pouvoir rémunérer de manière forfaitaire (NMR niveau 3?) les différents intervenants et les experts référents. * E/ Il faut beaucoup plus de 3 minutes pour répondre à ce questionnaire!	M
2110	C/ Encore faut-il avoir des infirmières libérales non surchargées de travail. * E/ uédecine perd tout son intérêt : perte du contact direct, du temps passe à l'interrogatoire.c est vraiment très impersonnel et cela manque de chaleur humaine. Cela fait peur .on ne peut pas résumer des consultations à de simples constantes. La médecine est plus subtile que cela.	N
2111	B/ pas adapté à la dermato * D/ Un examen dermatologique complet est déjà difficile en face à face alors par une caméra ... Eventuellement en cas d'impossibilité physique de rencontrer le patient * E/ pratique quotidienne, non exceptionnellement, c'est possible	N
2112	C/ Il ne faudrait pas que ces dispositifs nous privent du suivi régulier de nos patients: une rémunération spécifique est indispensable * D/ il faut que le système soit viable pour nous, sur le plan économique	M
2113	BCDE/ Question c : pas pour l'instant, à voir / Question c : pas pour l'instant, à voir / Question c : pas pour l'instant, à voir / Question c : pas pour l'instant, à voir	N
2117	C/ pb de la rémunération et du manque de temps * D/ pb de la rémunération et du manque de temps formation du personnel chargé de manipuler les sondes d'ECHO * E/ pb de la rémunération et du manque de temps manque de communication avec le patient, nécessité d'un patient autonome, le mieux est la présence au moins d'un(e) IDE	N
2118	B/ étant devenu gériatre je suis moins intéressé par ce genre d'information mais pour d'autres applications je suis prêt à essayer	M
2122	E/ Tout ceci n'est pour l'instant que pour le suivi de chroniques en gériatrie j'exerce la pédiatrie, et il y a belle lurette que des cs téléphoniques existent !	N
2125	A/ par téléphone ou Skype de préférence 1-pour des patients le demandant spécifiquement et habitant loin, pour la première consultation et les suivantes 2-pour le suivi après une première consultation présente de patients habitant loin et/ou à horaires disponibles restreints * B/ ne correspond pas, le plus souvent, à ma pratique [MEP]	N
2126	B/ Les appels téléphoniques puis la messagerie électronique sont déjà chronophages et posent un problème de responsabilité qui va encore se multiplier avec ces nouveaux outils. * E/ Pas adapté à ma spécialité [psychiatrie]	N
2127	2127. * B/ l'examen clinique est indispensable et ne peut se résumer à l'interprétation des constantes seules !mais la télésurveillance me semble intéressante pour la surveillance d'une ou des pathologies connues pour un patient donné. * C/ le travail en réseau améliore la prise en charge du patient * D/ difficile dans un cabinet de ville: disponibilité, durée consultation, intermédiaire,.. * E/ absence ou la présence du patient a un impact important sur le patient ou la famille présente! rassure ,examen clinique complet(ex neuro, palpation, percussions, toucher, aspect cutané.....etc	N
2131	D/ Début de mise en place il y a 2 semaines de téléconsultations au sein d'un hôpital local où j'interviens en SSR et EHPAD, pour l'instant avec cs pansements et gériatrie.	
2133	B/ ABERRANT !! Au secours ; on fait de la médecine, pas ces conneries !! * C/ N'importe quoi !!! * D/ Dito * E/ Praticien à l'ancienne, Vrai Cabinet reçoit sept jours sur sept Médecine vraie: HU-MAI-NE !!! pas robot.	N
2134	C/ j'ai entendu parler du dispositif dans la Vienne. Cela semble intéressant. * D/ Ce dispositif me paraît être trop lourd. Je pense que la télémédecine reste un outil utile pour améliorer le suivi des patients en post hospitalisation mais beaucoup moins à des fins diagnostiques. * E/ Une maison de retraite sans personnels soignants : danger !	M
2135	A/ avis dermatologique. Photos, mails. * E/ la médecine extra humaine ou comment gérer la pénurie. Qui finance? Le privé? les assurances?	N

2138	2138. * B/ Mignon ces outils modernes (pour peu qu'on ait le temps et l'utilité de consulter ces informations), mais le problème fondamental est de faire adopter un mode de vie sain aux français (certes la surveillance de ces données, connue par le patient, peut être une motivation à se prendre en charge plus sérieusement). * D/ Ben voyons! la dernière trouvaille de nos "élites" : comme il n'y a plus assez de médecins (MG et certains spé) puisqu'on a étranglé la profession au berceau, demandons-leur de trouver du temps en plus pour faire des simili-consultations probablement chronophages et certainement à haut potentiel judiciaire..! Gagner du temps en envoyant un ECG au cardio ou une photo au dermato, je le fais déjà, mais pour moi la médecine c'est en face à face et avec les mains. Si j'avais voulu faire technicien spatial en robotique, j'aurais choisi une autre voie. Je vois par ailleurs dans ces visées de télé-médecine transparaître toute la considération que nos "décideurs" ont pour l'aspect humain de la gestion de leur troupeau d'électeurs... Révolution! * E/ Mais, ces prises de constantes (bien sûr, facilement réalisables par le patient moyen en EHPAD...!!), ce n'est pas le boulot de l'infirmière?... Aaah, ok : l'aide-soignante ou l'ASH -qui est seul(e) parce qu'il n'y a plus d'infirmière- va trimballer le papy dément ou la mamie boiteuse dans la cabine et prendre des galons d'ersatz d'infirmière ? (problème guère moindre s'il s'agit d'un chariot à mener au chevet du patient). Un progrès, on en est sûrs?... Bon, si ça peut limiter la catastrophe à venir, why not?...	N
2143	A/ ECG ET TRANSMISSION DIRECTE AU CARDIOLOGUE	
2144	A/ transfert de clichés de radiologie par mail pour avis orthopédique	
2146	B/ les informations recueillies par ces systèmes sont stocker en dehors du cabinet donc susceptibles d'exploitations autre. * C/ Les agendas des cabinets sont rarement compatibles * D/ probablement plus adapté aux établissements et non aux cabinets	N
2149	B/ Il est déjà assez difficile de répondre aux diverses sollicitations téléphoniques des patients sans avoir à tout bout de champ le loisir de regarder ce qu'ils nous envoient. Bientôt, à l'instar des vétérinaires, est-il prévu de rappeler au patient ses derniers vaccins et pourquoi pas en être responsable; * C/ Ces systèmes sont intéressants car ils sont contrôlés par un professionnel.	M
2151	A/ Télésurveillance de pacemaker * B/ Intéressant mais énorme risque de surcharge de données par des patients sans problèmes mais accro aux gadgets ou anxieux et pratiquant l'auto-surveillance à l'extrême...genre le patient qui ramène en consultation les chiffres d'automesure TA 3 fois/j sur les 3 derniers mois... * C/ Plus intéressant.. patients sélectionnés,énorme intérêt économique dans le suivi insuffisance cardiaque démontré depuis longtemps...l'expérience avec le relais infirmière me	M
2155	A/ j'adresse des cas difficiles aux experts de centre hospitaliers avec en pièces jointes des photos dermoscopiques, des compte rendus histologiques et des photos des lésions * B/ cela ne correspond pas à ma pratique [dermatologie] * C/ cela pourrait être intéressant pour moi pour un suivi des plaies chroniques, c'est surtout les images qui m'intéressent * D/ surtout pour la partie dermoscope ... * E/ le problème principal me semble être l'organisation cela revient à faire des consultations et nous sommes déjà bien surchargés pas les consultations au cabinet	N
2158	A/ en EPAHD pour communiquer avec le confrère gériatre utilisation de la plateforme de Télésanté	
2160	A/ plusieurs consultation sous skype pour des patients que je suis à l'étranger * BC/ pas utile dans ma spécialité / pas utile dans ma spécialité [psychiatrie]	N
2162	BCDE/ je ne vois pas trop sur quel temps utiliser la telemedecine etant donne que la gestion des RV des arivees imprromptues appelees "urgences" des visites à domicile des appels telephoniques des visites de la CPAM, des contraintes du logiciel (pannes, mises à jour...) plus toutes les petites surprises que nous reserve chaque journee ou p.acer ce temps de telemedecine au milieu d'une demande sans cesse croissence des personnes in situ ??? comment integrer cette nouveauté dans nos journees deja surchargees ? je crains qu'une nouvelle offre entraine une nouvelle demande qui meme si elles me paraissent tout a fait justifiees ne correspondent pas pour l'instant a nos pauvres moyens en TEMPS / meme commentaire que precedemment / meme commentaire	N
2166	A/ Réunion de synthèse multidisciplinaire dans le cadre 'un Réseau de prise en charge des patients SEP Pour le Parkinson, où il faut montrer des vidéos et utilisant la plateforme Webex : marche pas ou mal. * B/ A condition que cela : - n'augmente pas la charge de travail - soit rémunérer - ne soit pas une source de problème médico-légaux ingérables * D/ Toujours le problème de la rémunération et du temps car une téléconsultation prend beaucoup plus de temps qu'une consultation habituelle	M
2167	A/ Télécadiologie au quotidien. Suivi de patients implantés de stimulateur ou défibrillateur. * C/ cf commentaires sus jacents	
2168	DE/ l'examen clinique nécessite, à mon humble avis, la présence physique d'un médecin auprès de son malade. / idem	N
2172	B/ quelle rémunération? au forfait?	N
2173	E/ commentaire commun à tous ces systèmes :le contact direct avec la personne (via au moins une caméra et possibilité de parler et VOIR et voir réagir) reste incontournable ainsi que l'examen clinique .place du TOUCHER? Est-ce une avancée pour tous ou à réserver à certains et à qui ?Le seul recueil de données chiffrées n'est qu'un mini-plus .Actuellement aide à certains diagnostics mais pas aide à projet de soins .Ne fais-je pas plus en 1 consultation ?	M
2175	B/ plutôt gadget pour le patient , sur le terrain , l'arthritique ou le diabétique peuvent marcher SANS montre connectée ,si si , il suffit qu'ils essayent .. * C/ peut faire gagner du temps (rdv hors délais ++) * D/ technologie couteuse , probablement peu rentable en terme de prévention / diagnostic	N
2176	A/ téléconsultation	
2178	A/ pendant une consultation pour demander un avis sur une pathologie dermatologique: photo envoyée par mms de mon smartphone sur le smartphone d'un autre médecin * DE/ j'exerce en ville je préfère examiner moi même les patients mais je vois bien l'utilité d'un tel dispositif dans les zones avec une faible démographie médicale notamment en zone rurale / j'exerce en ville je préfère examiner moi même les patients mais je vois bien l'utilité d'un tel dispositif dans les zones avec une faible démographie médicale notamment en zone rurale	M
2182	2182. * D/ compliqué	N
2183	C/ Peu d'utilité en pédiatrie * D/ Rien ne vaut, en pédiatrie, le touché, l'observation directe. Dans une grande ville il y a assez de médecins. Par contre dans une zone désertique ces systèmes semblent utiles	N
2186	D/ je suis également médecin de prison un projet est en cours pour cela à brest	
2187	B/ déjà les gens sont obsédés par la santé, nous allons en faire des hypochondriaques * C/ aucun relationnel dans ce système en tant que malade je m'imagine mal à parler à une machine. C'est la mort de notre métier déjà moribond * D/ je deviens vieux, le premier acte d'un médecin c'est le contact humain, la palpation... * E/ mêmes commentaires	N
2188	D/ Ce dispositif est intéressant mais ne paraît pas utilisable dans un cabinet privé * E/ Je n'interviens (ou très peu) pas en maison de retraite	M
2196	A/ stressante et peu conviviale et dépendante de la technique	N
2197	A/ TRANSMISSIONS DE DONNEES A D'AUTRES CONFRERES POUR AVIS PAR EXEMPLE	

2198	B/ Cela me semble chronophage pour un interet "medical" faible bien qu'un interet "patient" non negligeeable * C/ Ma conjointe en a fait l'experience dans son domaine (infirmiere). Cela demande beaucoup de rodage, et cela prend beaucoup de temps. (immobilisation du patient en mauvaise posture près d'une heure en raison de mauvaise conditions internet) * D/ Cela m'a été proposé par des cardiologues ...de manière facturée (à moi et non au patient) alors que mes cardiologues correspondant me le font gratuitement par les méthodes "artisanales : téléphone, fax et mail ! * E/ je dois être trop vieux	N
2202	B/ sous réserve de rémunération bien évidemment car cela fait une charge de travail supplémentaire	M
2203	E/ le médecin en chair et en os me paraît essentiel, le smartphone pour le Vidal et le dossier patient ok. il faut former des médecins en nombre suffisant et en France et arrêter de chercher des solutions qui a terme coûtent plus cher et "deshumanise" la médecine. Bon courage.	N
2204	A/ réunions réseau hépatologie * BCDE/ gastro-entérologue / gastro-entérologue / gastro-entérologue / gastro-entérologue	
2205	DE/ acouphènes augmentés par casques, baffles, TV etc... / idem	N
2209	2209. * A/ Guider les patients ou les IDE dans l'équilibre des >INR, appeler des confrères pour des avis directement... * B/ Que le patient collecte ses infos, mais pas de transmissions sur mon smartphone ou pc: quand, à quelle heure, ? medecine fast food 24/24? Venir en rdv avec ses info pour les debriefer ok! * C/ Assistanat à la personne, déresponsabilisation!? * D/ oui pour des zones sous médiquées, très reculées, en débrouillage.	M
2210	A/ Par mail, les patients ou les confrères peuvent prendre contact afin de faire part de problème avec envoi des ordonnances et ou réception de photos afin d'aider à prendre une décision.	
2211	2211. * B/ s'il ne faut pas refaire une consultation sur les règles hygiéno diététiques donc longue à chaque fois que le patient le décide ! * C/ la consultation à distance c'est bien si c'est à la place d'une consultation au cabinet et de évite le déplacement du patient mais pas si ce sont des actes gratuits en plus * D/ j'ai appris il y a longtemps que pour examiner un patient je devais utiliser mes 5 sens et mis du temps à être sure de ce que mes oreilles entendent, mes mains sentent, mes yeux voient et parfois mon nez sent alors via des machines et un tiers même si ca fait moderne non merci !	N
2212	B/ Les patients nous envoient déjà leur glycémies par mail	M
2213	A/ transfert ECG au SAMU 36 * D/ mon équipement est en cours * E/ je travaille en EHPAD	
2214	B/ Ceci doit être chronophage et nous ferait encore faire des actes gratuits? * C/ Comment gérer cela dans notre travail quotidien? * D/ Mais ca ne remplacera jamais une relation humaine? * E/ Comment?	N
2215	B/ ne croyez vs pas que les journées st suffisamment longues .!!!! * C/ utile pour les medecins de campagne ou les specilistes * D/ TB ds certains cas mais attention à ne pas devenir un medecin qui n'a plus de lien direct avec son patient et joignable à merci dictature de l'urgence... tres "in"!!! * E/ on a déjà les chirurgiens robotisés ,les MG à présent et le rapport humain ???? il est vrai qu'avec la baisse du nbre de jeunes medecins et les medecins +agés qui craquent,il faudra bien y venir... ce n'est pas mon trip bon courage...	N
2216	A/ réunions régionales en visioconférences du réseau de midi pyrénées	
2217	A/ Urgentiste, médecin pompier: transmission des ECG au SAMU et Cardiologue pour prise en charge pré hospitalière. * B/ Necessite de grande motivation: par ex appli S Health sous android difficile a utiliser	N
2219	BCE/ impossible dans ma spécialité / ne concerne pas ma spécialité / une fois encore ne concerne pas ma spécialité [ophtalmologie] * D/ pourquoi pas transmission de photos à partir d un rétinographe	M
2220	E/ on est trop clinique ou vieux pour faire ca ; désolée	N
2221	A/ Uniquement, pour l'instant, une patiente me demandant un avis et donc une ordonnance que je lui ai numérisée...	
2222	B/ necessite la bonne maitrise du smartphone par le patient. rarement le cas des patients qui en ont besoin ce jour * E/ pas de structure de soins de ce type sur mon territoire	N
2223	A/ Staffs en visioconférence. * B/ Sans le bracelet, déjà des applications comme "RunKeeper" permettent facilement d'avoir une idée de l'activité physique, de la sienne propre par exemple! * C/ Plus simple, encore une fois, le transfert par mms ou mail d'une photographie d'une cicatrice, d'une plaie, prise par le médecin, l'infirmier-ère, ou le, la, patient(e) même.	N
2225	B/ Le périmètre de marche est souvent difficile à évaluer et cela peut être un non outil.	M
2227	B/ il faudrait une rémunération forfaitaire annuelle par patient suivi de cette façon * D/ Il faut prévoir de dégager du temps libres et surtout des plages horaires compatibles médecin traitant-médecin expert	M
2228	2228. * A/ Pendant 5 ans en tant que regulateur PDS au centre 15, 36h en moyenne par semaine. Materiel : CENTAURE * B/ Il faudrait : *valider les appareils, sinon on peut avoir "n'importe quoi" importé d'un pays à bas cout... *mettre en place un contrat de suivi par télémédecine et dans quels cas, prise en charge ? *discuter de la rémunération du médecin qui va suivre et analyser ces données * C/ Comme pour toute nouveauté : *va-t-on améliorer la qlt de vie du patient ? *allonger son espérance de vie ? *retarder la dépendance ? *quel en est le rapport bénéfice/cout ? * D/ Il faut que ce soit donnant donnant : je pense que les IDE peuvent faire beaucoup plus que des toilettes qui sont du niveau des AS. Mais alors mettons en place une qualification,une FMC, une validation et revalidation des compétences du personnel de ce genre de réseau. Et les médecins qui ont fait 10 ans d'études doivent avoir un rôle dans un tel système qui soit honnêtement rémunéré. * E/ Même	M
2232	A/ Réseau cardio balance tensiomètre oxygénée au domicile avec teletransmission des données 2 à 3 fois par jour reçues sur pc au cabinet	
2234	B/ N'entre pas dans le cadre de ma spécialité * C/ Pourquoi pas : monitoring foeto-maternel * D/ Pourquoi pas, mais difficile dans ma spécialité * E/ Pas dans le cadre de ma spécialité [gynécologie-obstétrique]	N
2235	pas concerné par ces données / non concerné / non concerné [ophtalmologie]	N
2236	B/ Si on trouve le temps a 22 h !! C'est l'éternel problème du temps indisponible en heures ouvrables quand o. Est en campagne soumis aux urgences relatives . * D/ Trop de difficultés personnelles a ˋ acquérir une fluidité avec les outils informatiques qui ne sont pas ma culture d'autant que je m'arrêterai de travailler dans trois ans . * E/ Quid de la responsabilité	N
2237	A/ Interprétation à distance via internet des examens d'imagerie de médecine nucléaire : PETSCAN et scintigraphies	
2238	A/ conference	
2239	B/ Surcroît de travail actuellement déraisonnable. * C/ Bien que l'avantage par rapport à une surveillance classique ne m'apparaisse pas évident. Des études montrent-elles une amélioration de la qualité de la survie et/ou de la qualité de vie ? * D/ A mon avis, ce dispositif concerne plus un acte d'imagerie comme l'écho par exemple. * E/ Peut être intéressant pour les patients en maison de retraite éloignée. Par contre, encore une fois, je préfère avoir le patient en face de moi, l'écouter, l'observer, le	M

2241	2241. * B/ Absence d'échange physique avec le patient, le patient ne fait plus d'effort, son bracelet et nous gérons. Comment évaluer le temps pris par le médecin pour ce type de prise en charge et ne va-t-on pas remplacer le médecin par un programme informatique à la longue? * C/ Pas pour le moment, des formations me paraissent nécessaires. Qui est responsable si l'infirmière n'avertit pas le médecin, nos assurances vont-elles augmenter? Ceci dit pour les pathologies chroniques s'est très intéressant et ça évitera sûrement des complications ou des hospitalisations, le travail en groupe est intéressant. * D/ Déjà que le surmenage nous guette sans cesse, la le contrôle de notre activité est totale, ou est la confidentialité? Mais ce système s'établit, le Numerous closus n'est pas près de s'ouvrir en France, on est pas loin du jeu video. * E/ Quand nos patients sont en maison de retraite, on perd souvent contact avec eux. Ça permettrait de continuer à les suivre.	N
2242	B/ Fiabilité du produit ??? j'ai un ami qui en a un si vous faites du velo elliptique cela ne comptabilise pas l'activité. Idéologique pas franchement envie d'être connectée 24 heures sur 24. et du coup par pour mes patients sauf s'ils le souhaitent. Pratique. mon métier n'est pas de côtoier les patients mais de leur donner des conseils de vie. Le temps. a quel moment devrais je faire ce suivi envoyé??? * C/ pourquoi remettre des intermediaires entre les IDE liberal et medecin l'idée ne me déplaît pas mais une formation des IDE qui relèvent les elements ne serait pas a moyen terme moins onéreuse ?? Quid de la rémunération ??? * D/ pourquoi pas. mais quid de la responsabilité. pas toujours simple de manier même un otoscope !!! cela ne peut s'envisager que dans des régions ou le premier médecin est éloigné * E/ toujours le même	M
2243	E/ Merci, bonne chance, RI	
2248	2248. * B/ Tout a un cout et il faut pouvoir payer les charges ,donc avoir des revenus suffisants ,or les honoraires actuels notoirement sous-évalués sont un obstacle pour de nombreux médecins. * C/ Il faut vivre avec son époque ,mais surtout garder du temps pour un minimum de relations humaines ! * D/ attention a l'excès de "technicité" * E/ Trouver le temps et le BUDGET ,tout en restant un MEDECIN attentif et attentionné à l'être humain qu'il prend en charge !Les médecins ne seront jamais que des techniciens infaillibles !	N
2249	A envoi photos dermato envoi ECG * B/ interet pour surveillance TA , autres cites ??? * E/ ou est la relation de confiance medecin et infirmiere à domicile ou en Ehpad qui existe déjà	N
2254	A/ REUNION CANCERO MULTI SITES	
2257	A/ VISIOCONFERENCE RETRANSMISSION CHIRURGICALE EN DIRECT	
2258	D/ d'autant que les délais chez les spécialistes sont devenus impossibles !	P
2259	B/ Ok pour utiliser ces applications mais il faudra rémunérer le temps passé à analyser les données...	M
2261	A/ J'ai régulièrement recours à la télé-expertise	
2262	B/ éventuellement * C/ protocole récent à Grenoble pour surveillance des plaies de pied diabétique. parait intéressant mais je n'ai aucun recul pour l'instant (1 patient inclus depuis 1 mois)	M
2263	A/ transfert ECG pour avis cardio depuis mon cabinet ou l'EHPAD où j'interviens sous forme fax!! * B/ pour surveillance TA et glycémie surtout * D/ L'examen clinique doit être pratiqué par le médecin et non par n'importe qui * E/ oui pour la télésurveillance non pour la téléconsultation	M
2267	BC/ [non] car double travail et je travaille déjà 11 heures à 12 heures par jour !!!! / pour les memes raisons que ci dessus * D/ oui a la troisieme question si j'étais dans la brousse ou dans la jungle !!!!	N
2270	A/ transfert ECG via iphone à cardiologue	
2271	C/ Simplement parce qu'ils ne concernent pas la pediatrie	N
2274	B/ Peur que le patient envoie ses données un jour de repos ou de We ... Et se sentir obligé de rappeler le patient le WE ou également ne pas voir le message alors que l'état clinique du patient nécessiterait une Cs urgente.	N
2276	A/ Demande d'avis spécialisé rapide ou imagerie par mail	
2284	2284. * B/ avec 23 euros peu de chose semblent possibles * C/ toujours pareil, exercice à flux tendu, difficile de dégager du temps	N
2285	A/ régulation au SAMU de Toulouse avec les bateaux Diagnostic, surveillance clinique ttt et évacuation	
2287	A/ RHIRA Acquittaine transmission radio et avis spécialistes	
2295	B/ intérêt des smartphone pour les surveillance des glycémies chez les jeunes diabétiques par exemple. par contre, risque de "sur-surveillance" chez certains (contrôle de la fréquence cardiaque tous les jours parfaitement inutile)	M
2298	A/ envoi de cas cliniques avec photos à des collègues et demande d'avis au CHU de LYON, service Pr Luc THOMAS * D/ oui si consultation rémunérée * E/ pourquoi pas si fiable et cs rémunérée	M
2301	A/ Transfert d'image via smartphone à collègue dermatologue.	
2303	A/ appel au spécialiste pour discuter d'un patient d'un bilan à réaliser avant qu'il le voit ou programmer les examens avant l'hospitalisation...mais c'est du travail en plus sans prise en charge... * B/ ?? quelle prise en charge ?? travail en plus * C/ Même commentaire qu'au dessus, un changement d'état d'esprit des spé est bien nécessaire, il faudrait des spé disponibles; dédié ou d'astreinte pour les appels, mais svt les patients ont leurs spé * D/ si le numéris clausus était moins stricte, il y aurait plus de médecin et ces examens clinique à distance ne seraient pas nécessaires, ils me semblent dangereux * E/ sûrement utile mais c'est du travail en plus pour l'instant non rétribuer, que d'appel d'infirmière de maison de retraite pour rien, mais bcp de temps perdu...	M
2305	A/ photos de plaies envoyées par les IDE de ville * E/ bon courage	
2306	B/ Du boulot en plus... faudra augmenter le nombre de médecins installés...et donc le numéris clausus... et donc le budget de l'enseignement en fac. de la médecine... et prévoir les modes de rémunération...en responsabilité médicale ça fera un sacré nœud gordien... * C/ Cf. Ci-dessus... * D/ Tout se complique. C'est très intéressant. Dommage que je ne puisse probablement pas voir cette façon de soigner! * E/ idem/ci-dessus! N.B. - je ne suis pas informatisé au cabinet...(par refus de l'immixtion de la sécurité sociale et de "l'informatique" dans le "rapport médecin-malade") - vous avez fait une faute d'orthographe dans votre mail d'annonce: "...enquête, que vous ayez déjà..." et non pas "...ayez..." Merci de me corriger mes fautes à votre tour!	M
2307	2307. * A/ pour la sat.O2, le DEP et la fréquence respi	
2310	A/ compte rendu radiologique en garde par radiologue recevant les images chez lui et donnant son texte de CRo par internet	
2311	A/ vision de plaies et cicatrices sur smartphone * E/ le sujet de votre these me plaît beaucoup n'hésitez pas à me donner suite de ces experimentation et de votre travail finalisé confraternellement	
2317	B/ C'est pour les enseignants retraités ? Non ? * D/ qui paye qui ? et quoi ? et combien ? parce que on doit en perdre du temps..... * E/ Décidément je suis devenu un vieux con, mais je suis désoléla medecine se fait pas dans une cabine	N
2325	C/ La grande majorité des patients ayant ces pathologies est, à cause de leur polyopathie ou seulement de leur âge en déclin cognitif et donc incapable d'utiliser un tel dispositif	N

2326	A/ Teletransmission des prestataires de soins a domicile, apicrypt, transfert d'images radiologique par le pax, transfert non securise de photos par email et SMS via un smart phone, site internet * B/ Pour des patients spécifiques , type réhabilitation respiratoire, * C/ pneumologue par contre pourrait etre interessant pour moi pour le suivi des sportifs "type coaching medical" * D/ La maison medical de Château la valliere Indre et loire veut developper ce type d'offre pour la dermatologie (photos), les EFRs, les ECG * E/ Suivi des patients insuffisants respiratoires sous O2 mais a transmettre au prestataire de soins a domicile car	P
2327	C/ un réseau entre EHPAD et CH est entrain de se mettre en place dans le tarn * D/ super si pas de médecin de proximité pour réduire les inégalités pour la population d' acces aux soins mais le contact direct avec la patient la communication devraient être conserves au moins partiellement	M
2332	A/ ECG : envoie par impulsion telephonique	
2334	B/ je ne veux pas être connectée en permanence à mes patients ! * C/ Il faudra bien cibler les patients concernés car encore une fois je ne veux pas être connectée en permanence à mes patients ! * D/ Cela revient donc à faire des gardes de son domicile ? Pour les réponses, il manque l'option "peut-être" * E/ à conditions que ces cabines soient dans des endroits bien ciblés (pas dans	M
2337	A/ transmettre ECG EN SALLE DE RADIO activité quotidiennes d'sos medecins , en regulant les appels avec conseil medical 25°/ de l activité avec possibilité de rappelle si d autres symptomes ou aggravations,aussi en faisant les ECG ET TRANSFERT EN RADIO DE GARDE OU SAMU lors des PERMANENCE DE SOINS AVIS SPECIALISTE NEUROLOGUE OU INFECTIEUX OU ORTHOPEDISTE EN ENVOYANT L IMAGE RADIO PAR MOBILE SURVEILLANCE D un patient par téléphone interpretation des resultats biologiques et surveillance de L ÉVOLUTION CLINIQUE QUAND SON MÉDECIN TRAITANT EST PARTI EN VACANCES OU NE TRAVAIL PAS A PARTIR DE VENDREDI SOIR JUS QU A DIMANCHE SOIR * C/ TROIS ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES LA CONFIANCE DES ÉQUIPES PARTENAIRES DS SES DISPOSITIFS. LA FORMATION ET Compétence DU PERSONNEL LES CLOSES ET PROTECTION DU RISQUE MÉDICOLÉGALE ET L ÉVALUATION A TT MOMENT DE LA PROCÉDURE * D/ reste toujours une note médicolégaie si défaut d appréciation visuellement parlant de la gravité? IL FAUT UNE ÉQUIPE Entraînée Auprès DU PATIENT DANS SES ÉTABLISSEMENTS OU LE RISQUE D UNE URGENGE EST IMPORTANT CE	M
2339	B/ Etant ORL il n'y a pas d'interet	N
2341	BC/ pas d'interet en ORL / pas d'interet dans ma specilaité	N
2342	2342. * B/ PAS EXPERTE EN INFORMATIQUE ET MANQUE DE TEMPS	N
2345	2345. * A/ DPC en ligne, différents sites d'information, d'échange et de tests en médecine principalement en langue anglaise * B/ Pour superchondriaque? :-) * D/ Je croyais que c'était réservé aux conditions extrêmes (voyage interplanétaire, zones éloignées) mais j'apprends que les prisons et les EHPAD en font partie! * E/ C'est pour désencombrer les urgences?	N
2348	C/ je suis en fin de pratique médicale libérale	N
2349	B/ pas d'intérêt pour moi, ça ne remplace pas une consultation, et ça n'apportera rien de plus. * C/ où est l'intérêt ? * DE/ je pense que c'est une perte de temps, et d'argent, par rapport à la prise en charge qui est possible aujourd'hui. / id	N
2350	A/ Photos envoyés aux dermatologues, radio aux orthopédistes avec Smartphones ou mails	
2353	BC/ pas l' usage / pas l' usage [psychiatre]	N
2354	A/ J'ai un correspondant dermato au Centre Hospitalier . j'envoie des photos avec un petit mot de présentation pour avoir un avis , avec mon smartphone .Mais nous se sommes qu'un petit groupe informel à "bénéficier " de ce service non reconnu et non rémunéré par l'hospital pour l'activité du service . Les infirmières libérales m'envoient aussi des photos de plaie Je faxe les ECG chez un cardio si j'ai un souci . * B/ Je veux bien essayer si la transmission se fait par courriel et ne m'oblige pas à donner mon numéro de smartphone à mes patients .. par ailleurs , cet exemple me parait assez gadget ..mais peut être inciter quelques uns à marcher .Je crains être un peu submergée par des infos sans grand intérêt * D/ pourquoi pas ?..mais concernant des visites en Ehpads, là où je travaille ,je peux aller en visite. * E/ Pour la mesure de TA , pouls , sat O2 et température ..l'infirmière me fait très bien et me le communique par téléphone.	M
2358	2358. * A/ Photos ou conseils demandés par collègues mg * BC/ Je suis dermato dc peu concerne / Même commentaire * D/ Très intéressant demande une organisation à creer * E/ No comment	M
2363	A/ transmission d'ECG transmission de photo au dermato soumission d'un cas par e-mail à un spécialiste demande de conseil par téléphone	
2364	A/ suivi des patients après une première consultation poursuite des examens complémentaires après un premier examen avis de spécialiste en urgences pour conduite à tenir	
2366	B/ si intégration facile et rapide au logiciel que l'on utilise	M
2370	B/ pas besoin dans ma pratique. * D/ j'envoie déjà des photos par smatphone a mes collègues pour de la dermato cutanée	N
2371	B/ Aucun intérêt pour le diagnostic d un cancer du colon ou d une tumeur GIST DE L ESTOMAC... * C/ Aucun intérêt pour surveiller un éthylique par exemple... * D/ Oui intérêt au Canada en plein blizard a 500 kms d une ville avec un HOPITAL devant un syndrome appendiculaire aiguë ou un accident de tronçonneuse avec une amputation de 3 ou 4 doigts mais en France métropolitaine (sauf en prison effectivement) je pense que la population peut faire l effort de se déplacer même si c est a 50 kms d un medecin * E/ Intérêt chez des vieux dans des ephads et encore... Le mieux c est le contact humain,et rien même un robot ne remplacera la palpation d un abdomen et un doigt dans le c... pour une douleur abdominale Demander a votre informaticien la différence entre une douleur , une douleur exquise etc etc Ceci étant j utilise l informatique depuis qu elle existe EN VILLE mon premier Pc c était un amstrad en 1973 et on naviguait dans la racine... Bon courage et bonne thèse Dr F	N
2372	C/ logiciel non DMP comptible * D/ le contact humain me semble abandonné... * E/ en EHPAD? l'infirmière me parait plus sure	N
2373	D/ un patient ça se voit ça se palpe et ça s' ausculte la medecine virtuelle est un gadget source d erreur dont le medecin sera de toute façon responsable ordonnances sans voir le patient= faute etes vous tentee * E/ et le toucher rectal elle fait ça aussi la telecabine gadget gadget gadget	N
2374	B/ Je trouve ce genre de logiciel intéressant si le patient fait 1 sorte de résumé et me montre tout ça lors de consultation de suivi. Si c'est pour recevoir plein d'informations de tous mes patients, et qu'ils m'appellent ensuite toutes les 2 minutes pour savoir ce que j'en pense, ce n'est pas la peine. je ne pense pas avoir de temps pour gérer tout ça! * D/ A l'heure actuelle, non! ça me parait trop abstrait! mais je suis prête à changer d'avis! * E/ idem que pour le précédent commentaire, ça me laisse encore perplexe! Mais si ça fonctionne vraiment et facilement et peut éviter de se déplacer, pourquoi pas. Encore qu'en maison de retraite, l'infirmière nous fournit déjà la TA, FC, saturation et T°! Il faudrait vraiment que ça puisse aller plus loin!	N
2378	A/ avis medicaux a distance au telephone * BC/ la medecine reste un art ou la relation directe avec le patient est a preserver pour la santé du quotidien - cette medicalisation du quotidien ressemble à une ineptie source de stress et non de bien etre / la medecine reste un art ou la relation directe avec le patient est a preserver pour la santé du quotidien - cette medicalisation du quotidien ressemble à une ineptie source de stress et non de bien etre	N
2379	2379. * A/ envois de photos dermato, d'ECG, retinographe * B/ trop d'info nuit * D/ optimisation du temps / mm remarque	
2380	B/ risque d'excès d'auto-surveillance à mon avis	N

2381	B/ si tant est que les données énumérées ci-dessus servent à quelque chose. Un patient obsessionnel (ce sont eux qui sont les plus intéressés) en parfaite santé qui s'amuse à envoyer ça à son médecin = aucun intérêt, perte de temps et non rémunéré * C/ à voir... Cela semble bien pour les patients mais en fait chronophage pour nous. Donc si c'est une charge de travail en plus ça ne m'intéresse pas. Si c'est rémunéré à sa juste valeur qui me permet d'un autre côté de faire moins d'actes, alors oui * E/ toujours	M
2383	D/ je trouve que cela s'adresse +tôt aux spécialistes	N
2387	E/ Tout cela est fort intéressant	P
2389	A/ en dermatologie à l'ephad * BCD/ mais je ne veux pas passer mon temps à répondre aussi sur mon smart phone à mes patient a tou bout de champs pour remplacer un carnet de diabète , ou suivi hta, ou poids oui / meme commentaire / meme commentaire le temps !!!! * E/ aussi cela doit nous aider et ne pas etre source d'angoisse pour le patient bon courage	M
2390	2390. * B/ Le meilleur des mondes à lire et relire... Cela ressemble fort à une "laisse électronique moderne" qui permettra une surveillance de tous les instants et de toutes les dérives: comme le DPC sur la carte vitale qui permettra à tout un chacun de voir ce qu'il y a dedans même si ce sera interdit avec tous les verrouillages imaginables et inimaginables, mais un bon bidouilleur arrivera toujours à forcer ces barrières : aussi comment pourrait-on refuser de montrer sa CV avec DPC à tout employeur (et n'importe quelle "autorité" de surveillance ... ou autre?) qui l'exigerait ? Si vous n'avez pas envie qu'on sache que vous avez du diabète, voire un SIDA, vous resterez toujours suspect si vous ne montrez pas votre carte... Même le despote du troisième Reich ne pouvait rêver d'un tel moyen de surveillance... * C/ Voir déjà plus haut : c'est l'arrivée de la deshumanisation complète et totale pour nos anciens déjà biens seuls dans nos "mouroirs" aseptisés pour les mieux lotis: la venue du médecin n'aura plus lieu d'être... d'autant plus que les IDE Cliniciennes Bac+5 appelées de tous les vœux de Marisol et Hénard nous remplaceront sans souci pour la nouvelle médecine qu'on nous prépare avec la construction "politique" de toutes ces Maisons Pluri Professionnelles qui réduiront non seulement la libre installation des médecins, mais leur "fonctionnarisation dans le meilleurs des cas... Ma fille passe sa thèse sur les MSP le 1er octobre prochain si cela vous intéresse et les conclusions de son enquête ne sont pas politiquement correctes... * D/ certains examens peuvent effectivement être faits par le biais d'internet, mais cela reste au médecin traitant d'interpréter et de faire part de ses conclusions au patient (et aux autres soignants...) pour lui (leur) expliquer les raisons des mesures thérapeutiques qu'il mettra en oeuvre... * E/ A quand le fibroscope automatisé qui rentrera tout seul dans votre... orifice naturel sans la présence du médecin spécialiste ? C'est vrai que le métro de la ligne 14 n'a plus ni conducteur ni chef de train et pour le moment il n'y a pas encore eu de pépin... Mais dès que la technologie le permettra, je mettrai à ma porte d'entrée un grand écran tactile (à bonne hauteur pour les handicapés pour respectes les mises aux normes de janvier 2015...mais aussi un second pour les gens normaux afin qu'ils ne se fassent pas mal au dos en se baissant vers un écran trop bas...), muni de fentes pour mettre en premier la CB (carte bancaire) avant de pouvoir glisser dans la seconde leur CV (carte vitale), l'écran choisi s'allumera et vous pointerez votre index afin de pouvoir faire le diagnostic et d'envoyer par télétransmission votre ordonnance au pharmacien local qui s'empressera de vous délivrer les génériques (les plus profitables pour lui...) et les lettres au spécialistes "automatisés" auprès desquels vous serez sensés aller... Bon courage pour ce nouveau monde ... et bonne thèse, un exemplaire m'intéresserait vivement	N
2394	A/ CPDPN DE NIMES ET MONTPELLIER TELECONFERENCE AVEC LES HOPITAUX PERIPHERIQUES DE LA REGION	
2396	A/ teleconference d'association pour suivi d'epidemie de grippe ,consult sexologie a grande distance...	
2399	2399. * B/ je ne suis pas sur que les patients vraiment concernés adhèrent à ces dispositifs , par contre je crains la nécessité de gérer certains patients "obsessionnels" sur leur paramètres * CDE/ il ne s'agit pas d'un non définitif mais cela pose de nombreuses questions (temps disponible , rémunération ...) / idem / idem	M
2402	B/ je n'ai pas le temps libre necessaire pour lire des mails	N
2403	B/ non concerne par ce genre de renseignements dans mon activité [anesthésie]	N
2406	2406. * B/ SeulEment si le temps est rémunéré . Exemple des examens biologiques reçu par apicryp > très bon outil mais le temps de l'analyse n est pas rémunéré alors qu'il l'était lorsque le patient revenait avec ses résultats ! * D/ Je crains l'absence du contact direct, l'absence de communication infra -verbale qui permet parfois de mieux comprendre les patients , de ressentir des besoins et d'apporter une aide plus subtile . * E/ Bien sur , il y a le gain de temps . Je pense que c est inévitable et certainement souhaitable , car les besoins sont supérieurs aux disponibilités médicales	M
2407	A/ Envoi de photos aux dermatos ou aux chirurgiens en post-op * C/ Beaucoup plus volontiers la surveillance de plaie que les insuffisants cardiaques * D/ Je conçois la médecine comme un art du contact humain. Là, c'est vraiment trop désincarné...	N
2409	BCDE/ responsabilité médico-légale toujours engagée sans être au lit du malade (vrai pour toute situation)	N
2410	E/ s'il n'y a pas davantage de médecins , ceux qui restent , déjà débordés en clientèle , n'auront plus que très peu de temps à accorder ces jolies nouveautés , le soir , tardA moins d'empiéter encore un peu plus sur leur vie de famille ...	N
2412	C/ Evaluation de l'état du patient par algorithmes: peut-on déjà parler de faux + ou faux - * E/ Non. Les personnes âgées souffrent d'abord de l'isolement et de solitude. La p a n'est pas une personne malade mais une personne âgée. :-) Excellent	N
2414	A/ en collaboration avec le Dr Aurelie Jancewski lors de son travail de thèse en tele dermatologie	
2415	A/ lors de réunions "RCP" à l'hôpital en cancérologie * B/ pourquoi pas dans l'ETP que nous organisons pour diabétique type 2 ! * C/ pour quelques patients bien ciblés * E/ quel paiement pour le médecin ?	M
2416	A/ Envoie des images IRM	
2417	B/ Travail non rémunéré Et c'est déjà dure de survivre en voyant un patient/20 minutes. * C/ Oui si rémunéré au delà du ridicule vad 33 euros. * D/ ridicule le coup du chariot. * E/ ridicule, impraticable. On va placer la dame âgée qui fait une hypoglycémie dans la machine ??? Non, je prends ma voiture et je vais sur place en 10 minutes. J'y passe une heure et je suis payé 40 misérable euros.	N
2419	2419. * A/ conseils téléphoniques à un patient dans les suites ou non d'une consultation antérieure et dans certains cas, avec préparation d'une ordonnance déposée au secrétariat du cabinet que le patient viendra récupérer. Cela ne concerne en général que des patients que je connais bien. Surveillance de plaies via photos sur le smartphone de l'IDE qui passe au domicile du patient faire les pansements. * B/ je sais que cela commence à avoir du succès. Je reste sceptique... * C/ j'ai peur d'être encore pus débordée que je ne le suis. Pb du temps à trouver pour surveiller les informations que je reçois. * D/ Si c'est rémunéré, pourquoi ne pas essayer. J'ai déjà vu le matériel installé dans une EPHAD où j'ai des patients que je vois en visite. Je ne l'ai pas vu fonctionner mais on m'en a expliqué le fonctionnement. * E/ pourquoi pas si c'est rémunéré (visiblement c'est prévu)	M
2420	BCDE/ Attention au respect du "secret médical" en permettant l'anonymisation de tout échange informatique... / Attention au respect du "secret médical" en permettant l'anonymisation de tout échange informatique... / Attention au respect du "secret médical" en permettant l'anonymisation de tout échange informatique... / Attention au respect du "secret médical" en permettant l'anonymisation de tout échange informatique...	N

2422	A/ Je n'ai pas encore fait de consultation en TLM mais je suis intégré dans un projet régional et je pense que dans 3 mois je pourrais certainement vous livrer une expérience plus importante. P Charles * D/ je suis dans l'attente de sollicitation de consultations avec cet outil.	M
2423	B/ j'ai du mal avec les nouvelles technologies je suis informatisée depuis 1996 mais je ne suis pas passionnée du tout parl'informatique!..... * C/ actuellement le suivi de "mes insuffisants cardiaques" se fait par le biais des infirmières qui tous les jours prennent des constantes et nous sommes très proches pour les résultats passant personnellement de façon régulière au chevet du patient...	N
2426	B/ Etant dermatologue, je n'ai pas connaissance de cette pratique de suivi du patient et je n'en aurais pas beaucoup d'utilité. Par contre il m'est arrivé de donner un avis à un médecin ou à un infirmier libéral ou directement à un patient après qu'il m'ait envoyé une photo par messagerie. * C/ Nous sommes ici en zone rurale, et il nous arrive de donner des avis sur photos pour la prise en charge et le suivi des plaies chroniques. Cela me semble une très bonne idée d'organiser mieux ce que l'on bricole chacun dans notre coin. * D/ Très bonne idée pour le dermatoscope, car cela permettrait d'éviter certains rendez-vous pour des lésions typiques comme les keratoses séborrhéiques. * E/ Très bonne idée ! aussi. J'essaie de me rendre périodiquement en consultation dans les maisons de retraite pour des patients difficilement déplaçables.	M
2429	B/ Débile! * C/ Avec un(e) infirmier(ère) connue efficace... nous avons déjà tout cela avec un contact humain en plus. Je préférerais encore et toujours l'avis cardio sur un ECG à celui de l'instrument lui-même source d'interprétations qui le (cardio) font bien rigoler.. * D/ euh.... super contraignant non? * E/ ?	N
2433	A/ Je l'ai utilisée pour l'interprétation d'ECG par un cardiologue référent, avec le matériel de Sanimat Santé, actuellement en dépôt de bilan	
2437	2437. * B/ Quand l'utiliser? Se concentrer sur un patient lors d'une consultation est déjà difficile entre les coups de fil des confrères, des autres patients, les résultats à saisir, scanner ou récupérer dans sa boîte mail je suis monosynaptique et je sature ... Des infos en plus à analyser ... NON de NON! * C/ Je suis un dinosaure monosynaptique et j'ai besoin de sentir, de toucher, de ressentir, de palper, et tout cela n'est pas possible avec la télésurveillance, la présence d'un tiers peut apporter mais aussi empêcher une certaine communication. * D/ Je persiste et signe : Le Dinosaur. * E/ ...Et en cas de pépin on viendra reprocher au médecin de ne s'être pas déplacé. (Grincheux).	N
2441	B/ Ni utile, ni pertinent pour le patient. C'est une cause de "désapprentissage" de lui-même. Il perd ses capacités à se ressentir, à se connaître. * C/ Envahissant pour le patient, par rapport à l'efficacité douteuse de ces dispositifs, générant des alertes excessives et anxiogènes pour tout le monde. * D/ La téléconsultation et la téléexpertise me semblent être les réponses inappropriées à une pénurie programmée du nombre des médecins depuis les années 70-80. * E/ Mêmes commentaires...	N
2455	A/ au CHU avec la prison * B/ ça fait rat en cage. A suivre * D/ beaucoup de personnes mobilisés et de temps..pour peu qu'il y ait du retard... * E/ cette télé-médecine pour l'instant prend des constantes qu'une IDE sait prendre. De plus, sans rapport humain, c'est très anxiogène pour des patients en EHPAD	N
2457	2457. * A/ Expérimentation sur suivi de plaies chroniques, projet agréé ARS Bretagne. ePC camera et écran 22" mis à disposition pour pôle de santé cantonal (10 médecins et 30 PS au total) * B/ avec réserve, ne peut se concevoir de façon efficace que dans le cadre d'un programme encadré type ETP * C/ le projet plaie breton se rapproche de l'expérience du LR. Pour l'insuffisance cardiaque la consultation régulière du MG me semble plus simple logique et efficace * D/ Ça ressemble plus à de la science-fiction et je crains que cela ne soit bien plus coûteux et chronophage qu'une organisation classique. Je crois plus aux projets ciblés, par contre le matériel et les plateformes d'échange et de stockage peuvent être communes à plusieurs projets, c'est le projet du GCS eSanté Bretagne * E/ idem	N
2459	2459. * A/ Réponse médicale dans le cadre de régulations SAMU	
2460	A/ Medigarde * B/ Pas le temps	N
2463	D/ la cabine de télé-médecine me semble être une mauvaise idée de principe, la télé-expertise doit servir à mon sens à la communication entre professionnels : échange de mail, de vidéo par mail. ce serait déjà top ... * E/ ne serait-ce pas renier les compétences des IDE sur place ????	N
2464	A/ surtout pour avis dermato en adressant des photos à des confrères, parfois pour avis de sous-spécialité pédiatrique (gastro)	
2470	E/ TROP IMPERSONNEL	N
2473	A/ Consultations spécialisées ponctuelles sur dossier	
2478	B/ Manque de temps pour collecter les données, les analyser, les relater, et qui pourrait indemniser le temps passé? Je l'utilise déjà personnellement pour surveillance de mon poids et de mon activité physique. Peut-être une infirmière assemblée pourrait s'en occuper? * C/ Indemnisation du temps passé? Difficultés à faire coïncider les emplois du temps des différents intervenants Qui gère la maintenance informatique et les problèmes informatiques?	N
2479	DE/ si rémunération correcte / idem	M
2480	A/ Conseils	
2482	A/ surveillance des stim déf cardiaque	
2485	B/ spécialité où la relation directe avec le patient est indispensable [psychiatrie] on pourrait imaginer par contre des échanges avec des confrères (ceux qui ont lieu actuellement par téléphone) * D/ [oui] mais retraite fin septembre ...	M
2486	A/ ecg avec le Samu	
2489	2489. * A/ -Accompagnement psychothérapeutique d'un étudiant en médecine ayant fait dans le passé une bouffée délirante aiguë et ayant retourné dans sa région d'origine mais ayant souhaité poursuivre nos entretiens. -séances de temps à autres pour patients en dép * B/ indiscutablement l'avenir. Le problème est le modèle sous-jacent où la psychiatrie a beaucoup de choses à dire: voir par exemple la "loi" de L.Biswanger dans l'analyse existentielle p 69 Sinon accumuler les données ne sert pas à grand chose. -Attention aussi à ne pas trop se rapprocher et l'élevage des poulets ou des porcs par les vétérinaires..... * C/ Pas concerné sinon comme patient à venir. DMP bêtise: le problème des données médicales est leur obsolescence et leur interprétation hormis dans quelques disciplines (cardio réa..) -Attention: de plus en plus, le médecin- au narcissisme quand même bien matraqué par les études et l'hôpital- n'a que trop tendance à être réduit à un vague technicien plus ou moins supérieure par les caisses, les gouvernants qui ont tous une bien meilleure idée de la médecine et de ce qu'il aurait à faire. Être médecin, ce n'est pas cela. L'oubli de l'enseignement des humanités et la supposée médecine par la preuve ne doivent pas leurrer. * D/ parfait pour la Patagonie et les technophiles: avec le temps plus on prend de distance avec les patients, mieux c'est pour éviter le bun out medical, parole d'expert en redressement de médecin burn-outé.....Éviter la vue sinistre et déprimante d'une prison, d'un Epad, c'est super.. * E/ Même critique: très bien pour la technique. Voir Heidegger "écrits sur la technique" d'autant plus qu'il était nazi. Voir aussi le philosophe J.M Chaumont sur le regard médical inévitablement nazifié par protection dans l'ouvrage collectif "Le corps" chez Vrin. merci d'un petit retour. Ma fille est interne des hôpitaux à Strasbourg (Hélène Bernon et elle sera intéressée). Bonne thèse !!	N

2490	B/ fastidieux * C/ très fastidieux * D/ très fastidieux et je ne conçois pas de prendre des décisions médicales sans un contact direct avec le patient...il vaut mieux trouver des réponses démographiques... * E/ très fastidieux....nous prenons beaucoup de temps pour nos consultations normales...qui va vouloir rajouter du temps de télémedecine ?	N
2491	C/ pourquoi pas * E/ trop risqué	N
2493	B/ les jour/nées sont déjà bien chargées.;	N
2496	B/ si l'utilisation est facile, rapide	M
2497	B/ le patient peut transmettre les informations à toute heure, nous devenons ainsi, à nouveau et 24h/24 corvéable à merci! * D/ il faut des formations complémentaires: pratique des échographie...	M
2498	A/ télémedecine concernant mon activité hospitalière	
2500	A/ lecture d examen d imagerie en coupe à distance, lors de garde. dans le cadre d' un service upatou. par logiciel de récupération des images via un cloud sécurisé .	
2501	A/ Photos de dermatoses au smartphone Demande d'avis de collègues conférences téléphoniques * B/ Peu d'utilité courante. Chronophage Nécessité d'une "interface type Asalée" * C/ Il faut cibler les patients * D/ Très bien pour les MSP	M
2502	A/ une fois teleconsultation avec un médecin hospitalier * C/ besoin d'une tierce personne * E/ pour les examens ORL ou cutané oui, le reste l'infirmière le fait très bien et nous transmet les constantes sans avoir à se déplacer en urgence	M
2503	A/ Utilisation rare de la télé-expertise de façon informelle : transmission d'un ECG (mail ou fax) pour avis, appel de confrères ou discussion par mail au sujet de dossier médicaux.	
2506	A/ je suis medecin regulateur diplôme dans le CRRA du SAMU de Nantes	
2509	B/ non mais pourquoi pas dans le suivi de certains rhumatismes inflammatoires toutefois notre spécialité est très clinique * C/ mais avec même commentaire que précédemment * E/ les exemples proposés ne correspondent pas à notre exercice professionnel de rhumatologue. Toutefois, la transposition de ce genre de pratique au suivi de nos rhumatismes inflammatoires chroniques (patients sous Methotrexate et biothérapie) dans l'intervalle de consultations de bilan clinique mériterait peut être réflexion. pour ma part j'ai parfois discuté avec mes collègues de l'utilité qu'il pourrait peut être y avoir à cerner les pathologies dès la prise de rendez vous ce qui éviterait parfois des consultations inutile et également de mieux cerner l'urgence . Travail de	M
2510	2510. * BC/ en rhumatologie , c ' est plus difficile , mais pourquoi pas un auto DAS ou un auto ASDAS? / meme reponse que sus jacent	M
2511	E/ ma formation informatique a dû se faire alors que j'avais 50h/sem au cabinet & 20h/semaine à la Mairie (adjoint) ; donc elle fut mauvaise; et vu l'absence d'aide de la CPAM , je ne suis pas entré de plein pied dans le monde virtuel.....	N
2513	B/ vieille école peu enclin à utiliser les nouvelles technologies !! * C/ activite citadine proche CHU et toutes commodites Labo,radio,spé etc;;; * D/ tres bien pour les generalistes en campagne profonde * E/ je prefere le contact humain et je delegue certaines taches aux personnels paramedicaux	N
2515	2515. * A/ Simplement l'envoi de quelques ECG par fax au cardiologue. Ce n'est pas très pratique avec un ECG 1 piste : il faut découper la bande, la scotcher sur une feuille A4, photocopier le tout puis l'envoyer par fax... * B/ Ce sont à mon sens des gadgets pour bobos. Nous avons assez de travail comme cela en consultation sans avoir à surveiller nos patients 24h/24. Je suis médecin, pas gardien de zoo ! Si un patient obsessionnel mesure sa PA 3 fois par jour et si cette PA se trouve à un moment donné trop élevée, quelle sera notre responsabilité s'il rompt un anévrisme alors que nous ne nous sommes pas occupé du "problème" ? Il y a un vrai marché pour les fabricants d'objets connectés, ce n'est pas pour autant que cette technologie a un intérêt médical, ne leur en déplaise. * C/ Que de complications ! Et pour quel coût ! Alors qu'il suffit de bien éduquer son patient (ça prend du temps...) : pas besoin de balance connectée, il suffit d'éduquer son patient insuffisant cardiaque à se peser régulièrement et à prendre rendez-vous s'il prend plus de x grammes. Ca ne coûte rien ! et le patient est responsabilisé, il ne se repose pas sur la technologie et sur les autres. Sans compter que nombre des patients concernés sont âgés et n'entendent rien aux nouvelles technologies... * D/ 1) notre métier n'est pas que technique, la relation médecin-malade est de première importance : quelle relation de qualité peut-on avoir à travers un écran ? 2) engager notre responsabilité à distance me semble beaucoup plus risqué qu'au lit du malade 3) ça coûte combien tout ça ? 4) trimbaler les patients d'EHPAD chez les spécialistes coûte une fortune aussi, sans parler de leur inconfort. Le plus simple serait que les spécialistes se déplacent davantage à domicile ou en EHPAD pour les patients qui ne peuvent se déplacer par eux-même. Certains spécialistes le font (des psy, des cardiologues qui viennent avec un ECG et un aimant) mais c'est assez rare d'après mon expérience. Les patients et la sécurité sociale gagneraient à ce qu'on développe ce type de visites, plutôt que du matériel cher et qui sera vite périmé.	N
2517	2517. * B/ pourquoi pas faut voir l'interet retiré	M
2525	2525. * B/ Je n'en n'est à priori pas l'utilité sauf le périmètre de marche * C/ Surveillance des plaies opératoires notamment les évolutions douteuses. * D/ En complément de conseil ou pour un avis simple aux collègues médecins, Pour une consultation occasionnel de suivi pour un patient ne pouvant se déplacer	M
2528	A/ RADIOLOGIE RCP ONCOLOGIE * E/ PRATIQUE A VALIDER NE PAS CEDER A LA DEMAGOGIE POLITIQUE FACE AUX PROBLEMES DE DEMOGRAPHIE MEDICALE	N
2529	2529. * B/ Il ne faut passer au stade de l'asservissement * D/ Se pose le problème de la valorisation de ces actes * E/ Meme remarque	N

RÉSUMÉ :

La télémédecine commence à se développer en milieu hospitalier mais reste à l'écart du monde libéral où elle a peu été étudiée. L'objectif de l'étude était de connaître la pratique de la télémédecine en ambulatoire et l'opinion des médecins libéraux français à son égard.

Nous avons envoyé par mail un questionnaire quantitatif à composante qualitative à 34 321 médecins en présentant des dispositifs déjà en place dans certaines régions : applications smartphone, dispositifs de télésurveillance, téléconsultation, téléexpertise, cabines de télémédecine. Pour chaque dispositif, nous demandions s'ils en avaient connaissance, s'ils l'avaient déjà testé, s'ils seraient prêts à l'utiliser dans leur pratique quotidienne, et ils pouvaient rédiger un commentaire libre.

Nous avons obtenu 2351 réponses et 1144 commentaires. Peu de médecins avaient déjà testé les dispositifs présentés. Les avis négatifs étaient majoritaires, avec une forte réticence à utiliser ces dispositifs. Les principaux obstacles évoqués étaient la crainte d'une pratique trop chronophage, d'une rémunération insuffisante, d'erreurs liées à un examen clinique incomplet, d'une déshumanisation de la médecine et d'une inutilité. Les commentaires positifs envisageaient une utilité en cas d'isolement de patients, de difficulté de déplacement ou de pénurie de médecins. Plus d'un tiers des médecins étaient prêts à utiliser les dispositifs présentés : 35,43% et 36,37% pour les cabines de télémédecine et les applications smartphone, 41,3 et 46,79% pour les dispositifs de téléconsultation/téléexpertise et de télésurveillance. Ce chiffre était meilleur chez les médecins ayant déjà testé les dispositifs (jusqu'à 55,16%).

La mise en place d'un cadre juridique, financier et l'évolution technique feront évoluer la situation. La pratique devrait lever certaines craintes. Le quotidien des médecins sera modifié : les libéraux devront veiller à l'accompagner afin qu'elle ne se fasse pas à leur détriment.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Télémédecine. Médecine Libérale. France. Enquête d'opinion. Analyse quantitative et qualitative.

Président : Professeur Jean-Louis PASQUALI

Assesseurs : Professeur George KALTENBACH, Professeur Yves HANSMANN, Professeur Denis VINCENT, Professeur CINQUALBRE, Docteur Claude BRONNER

Adresse de l'auteur :

26 rue de la Broque 67 000 STRASBOURG