

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

QUELLE EST LA SITUATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN RÉGION CENTRE- VAL DE LOIRE ?

PROJET DE RECHERCHE

Numérique en santé mené par l'URPS Médecins Libéraux
Centre-Val de Loire, entre juillet et décembre 2024 auprès
de 168 médecins libéraux.

À PROPOS

Gora NDOYE, Charlotte de FONTGALLAND

Mieux connaître la réalité des usages en région Centre-Val de Loire semble un pré-requis pertinent pour déployer des actions et outils adaptés et faciliter le virage numérique en santé dans le respect des bons usages, des pratiques professionnelles et du suivi des patients.

Dans ce cadre, l'URPS Médecins Libéraux Centre-Val de Loire a mené un projet de recherche auprès des médecins libéraux de la région.

SOMMAIRE

Introduction

4

Méthodologie

6

Résultats

8

Discussion

30

Conclusion

36

Références

38

GLOSSAIRE

AFC : Analyse Factorielle des Correspondances

CAH : Classification Ascendante Hiérarchique

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de santé

ES : Établissement de Santé

ESP : Équipes de Soins Primaires

ESS : Équipes de Soins Spécialisés

GRADEs : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PS : Professionnel de Santé

SAS : Service d'Accès aux Soins

SNP : Soins Non-Programmés

Les outils numériques :

Doctolib : service de gestion en ligne des consultations

Dossier Médical Partagé (DMP) : service d'accès rapide aux données de santé patients

Identité Nationale de Santé (INS) : service d'identification numérique du patient

Maiia : service de gestion en ligne des consultations

Messagerie Citoyenne de Santé (MCS) : service d'échanges de données de santé entre PS et patients

Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) : service d'échanges de données de santé entre professionnels de santé

Mon Espace Santé (MES) : service d'échanges entre patient et professionnels de santé

Omnidoc : service de télé-expertise

Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) : référentiel unique de description de l'offre de soins

RésoPro : réseau social régional des professionnels de santé

Via Trajectoire : service d'accompagnement et d'orientation personnalisée des patients

INTRODUCTION



INTRODUCTION

Le concept de télémédecine apparaît dans la loi HPST de 2009 ; le décret du 19 octobre 2010, pris en application de cette loi, définit **cinq actes réalisables en télémédecine** : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la régulation.

La télémédecine s'est peu à peu introduite dans les pratiques des professionnels de santé, offrant **des solutions innovantes face aux défis d'accès aux soins, de désertification médicale et de gestion des ressources humaines en santé** (Da Silva & Raully, 2016). Son développement s'est accéléré, notamment sous l'impulsion de la crise sanitaire, qui a mis en lumière son potentiel pour assurer la continuité des soins tout en réduisant les déplacements des patients et des professionnels (Vie publique, 2024). Cette intégration de la télémédecine durant la crise du COVID 19 s'est cependant faite dans un contexte de mode de travail dégradé, qui devait permettre de poursuivre les suivis indispensables tout en limitant au strict minimum les contacts entre soignants et soignés en médecine de ville. Cette pratique de la télémédecine ne devait donc pas permettre de « *gagner du temps* » mais de se protéger. Hors situation de crise épidémique, les usages de la téléconsultation ont des objectifs différents, et leurs résultats restent à évaluer en termes d'efficacité et de pertinence. Par ailleurs, malgré des avancées technologiques notables et une adoption croissante, l'intégration des outils de télémédecine dans la pratique quotidienne des médecins reste confrontée à de nombreux enjeux.

Les études récentes montrent que l'adoption de la télémédecine dépend à la fois **de facteurs individuels** tels que l'attitude des médecins, leur perception des responsabilités professionnelles et sociales, ou encore leur identité personnelle et **de facteurs organisationnels**, comme la disponibilité des équipements, l'implication des administrateurs et la formation des équipes (Sebai & El Manzani, 2023). Les barrières technologiques, la complexité des systèmes, la fracture numérique (Simon, 2019), constituent des freins majeurs à l'utilisation régulière de ces outils. À l'inverse, la satisfaction des patients, l'accessibilité accrue aux services, les économies de temps et d'argent, ainsi que la modernisation des pratiques, figurent parmi les principaux leviers identifiés. Lorsque la télémédecine est utilisée en renfort de l'accès aux consultations physiques, et qu'elle permet d'améliorer l'accès aux soins, elle peut également permettre des économies de temps et d'argent, en diminuant les coûts liés au transport des patients et aux passages dans les services d'urgence (Vie Publique, 2025). De plus, chaque professionnel de santé a sa propre perception de ce qu'il peut faire sans examen clinique, et l'inclusion de la téléconsultation n'a pas nécessairement vocation à se développer largement, contrairement à la télé-expertise.

Cette étude vise à explorer les usages réels des outils de télémédecine par les médecins de la région, afin d'identifier les leviers et les freins qui influencent leur adoption et leur développement, dans un contexte où l'articulation entre présentiel et distanciel devient un enjeu central pour l'avenir de la médecine.

MÉTHODOLOGIE



MÉTHODOLOGIE

La commission e-Santé de l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux de la région Centre-Val de Loire souhaite mieux connaître la réalité des usages des outils du numérique en santé en région Centre-Val de Loire, afin de déployer des actions et outils adaptés et faciliter le virage numérique en santé dans le respect des bons usages, des pratiques professionnelles et du suivi des patients. La commission a donc construit **un questionnaire qui a été envoyé à l'ensemble des médecins libéraux exerçant en région entre les mois de juillet et décembre 2024**. Ce questionnaire a été diffusé par plusieurs canaux de communication : la newsletter de l'URPS-ML à destination de tous les élus, un envoi à l'ensemble des médecins libéraux, qu'ils soient ou non élus de l'URPS, un envoi via les CPTS afin de relayer l'information au plus près du terrain ; deux relances ont été effectuées en septembre puis en novembre 2024. Le questionnaire détaillé est disponible en annexe.

Les réponses ont été analysées avec les logiciels Excel pour les traitements quantitatifs. Pour le traitement qualitatif des verbatim et réponses libres, l'analyse linguistique a été réalisée avec le logiciel IRaMuTeQ, un logiciel libre d'analyse textuelle qui permet de faire des analyses statistiques sur des corpus de texte. Trois fonctionnalités de ce logiciel ont été utilisées, les fonctions nuage de mots, graphique de similitude et classification automatique.

Ce document présente les retours d'enquête sur les usages de la téléconsultation et de la télé-expertise. Si les deux procédés utilisent un outil numérique, leur déroulé et leur objectif sont différents : la téléconsultation met en relation un patient et un médecin, alors que la téléexpertise met en relation deux médecins (de même spécialité ou de spécialité différente) dans le but d'obtenir une expertise complémentaire.

La première fonctionnalité permet de représenter visuellement les mots les plus fréquents, en calculant le nombre d'occurrence de chaque mot ; la taille du mot dans le nuage est proportionnelle au nombre de fois où il apparaît dans les réponses du questionnaire.

L'analyse de similitude est un modèle issu de la théorie des graphes (*Vergès & Bouriche, 2001*) qui représente la structure d'un corpus par la schématisation des relations entre les thématiques lexicales, afin de ne pas envisager les discours indépendamment les uns des autres (*Loubère, 2016*).

La classification automatique, quant à elle, permet de regrouper des énoncés semblables, en ce qui concerne le vocabulaire utilisé et la fréquence des formes utilisées. Les énoncés qui se ressemblent sont regroupés en classes, constituées à l'aide d'une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) et une analyse factorielle des correspondances (AFC). Cette analyse permet de représenter graphiquement différents mondes lexicaux par rapport aux profils des répondants. Ces classes permettent donc de représenter graphiquement les mondes lexicaux des profils de répondant.

RÉSULTATS



CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON DES RÉPONDANTS

Au total, **168 réponses complètes ont été reçues**, soit 5.5% de notre base. Les répondants proviennent à 18% du département du Cher, à 23% du département d'Eure-et-Loir, à 15% du département de l'Indre, à 16% du département de l'Indre-et-Loire, à 9% du département du Loir-et-Cher, et à 19% du département du Loiret. 78% (n = 130) des répondants ont un statut libéral exclusif, et 22% ont un exercice mixte (n = 37).

Il s'agit à 72% de médecins spécialistes en médecine générale (n = 121), 4% de spécialistes en pédiatrie (n = 7) et en gynécologie (n = 6), 3% en rhumatologie (n = 5). Au total, **20 spécialités différentes sont représentées**.

Parmi les répondants, 30% ont un exercice isolé (n = 49) et 70% ont un exercice regroupé (n = 115). Parmi ces derniers, 43% exercent en MSP (n = 49), 41% en cabinet de groupe (n = 47), 9% en clinique (n = 11), 4% en centre de santé (n = 5), et 3% dans une autre structure (n = 3).

L'exercice coordonné existe en région Centre-Val de Loire sous plusieurs formes : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), Équipes de Soins Primaires (ESP), Équipes de Soins Spécialisées (ESS). 75% des répondants (n = 123) se déclarent être membre d'au moins un exercice coordonné sachant qu'il est possible de cumuler plusieurs exercices coordonnés : 62% des répondants (n = 102) se déclarent uniquement en CPTS, 10% (n = 17) en CPTS et en ESP, et 1% des répondants (n = 2) cumulent un engagement en CPTS et en ESS, sont membres d'une ESS (n = 1) ou cumulent un engagement en CPTS, en ESS et en ESP (n = 1).

RÉSULTATS

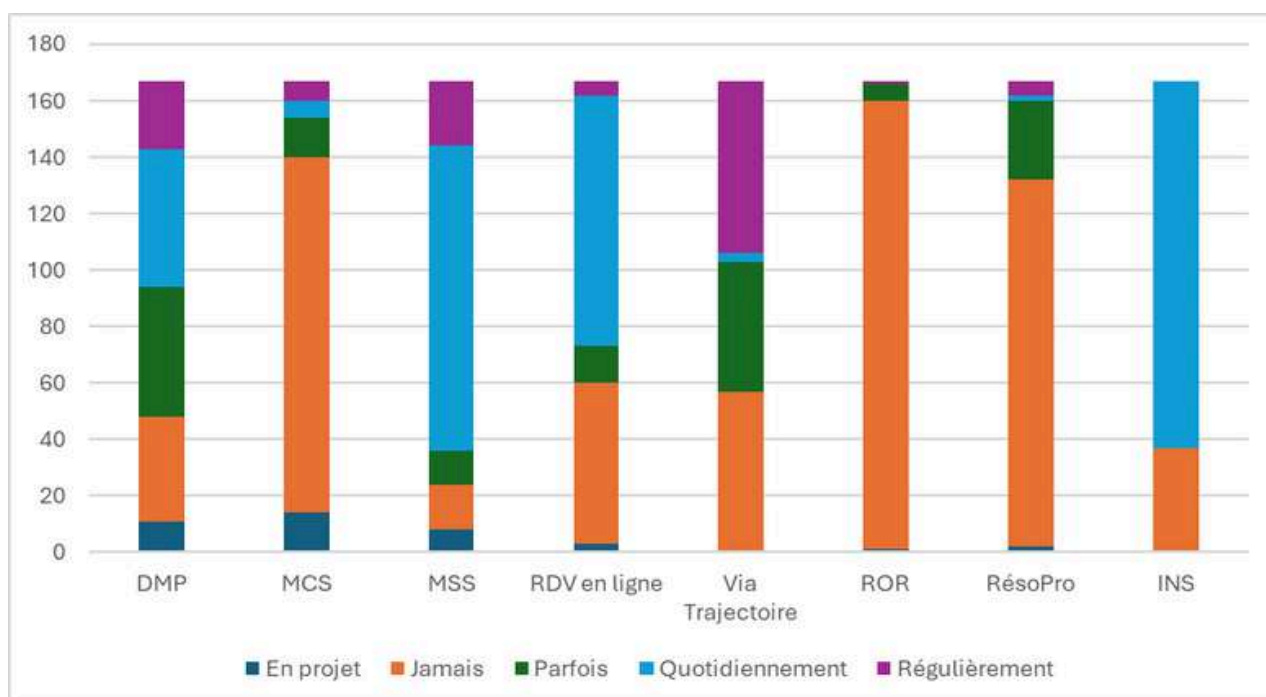
UTILISATION DES DIFFÉRENTS OUTILS NUMÉRIQUES

Les médecins ont été interrogés sur leur utilisation d'un certain nombre d'outils numériques (cf. graphique 1) : le Dossier Médical Partagé (DMP), la Messagerie Citoyenne de Santé (MCS), la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS), le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), Via Trajectoire, RésoPro, l'Identité Nationale de Santé (INS), un outil de prise de rendez-vous en ligne (quel qu'il soit).

Les outils les moins souvent utilisés (réponse « jamais ») sont le ROR pour 95% des répondants (n = 159), RésoPro pour 77% des répondants (n = 130) et la MCS pour 75% d'entre eux (n = 126). **Les outils les plus souvent utilisés** (réponse « quotidiennement ») sont l'INS pour 77% des répondants (n = 130), la MSS pour 64% des répondants (n = 108) et la prise de rendez-vous en ligne pour 53% d'entre eux (n = 89).

En regroupant les réponses positives d'utilisation quelle que soit la fréquence (« parfois », « régulièrement » ou « quotidiennement »), **une majorité des outils est utilisée par les répondants** : 85% pour la MSS (n = 143), 77% pour l'INS (n = 130), 70% pour le DMP (n = 119), 63% pour la prise de RDV en ligne (n = 107).

Graphique 1 : utilisation de différents outils numériques



RÉSULTATS

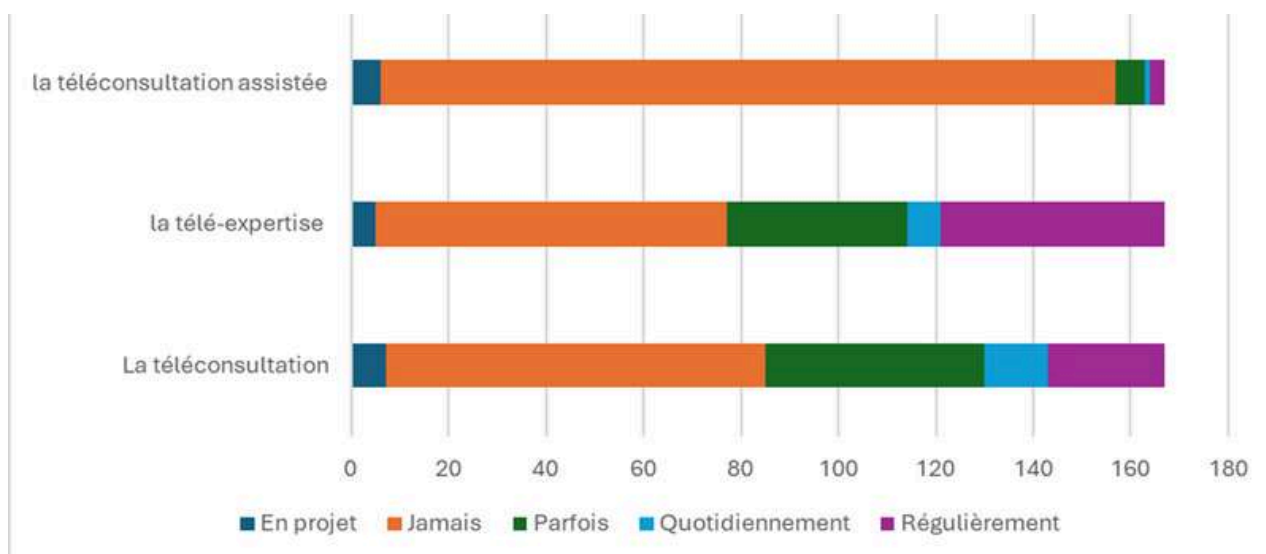
PRATIQUES DE TÉLÉMÉDECINE

On peut définir **trois types de téléconsultation** du « côté patient » : la téléconsultation avec son médecin traitant ou dans le cadre d'un soin non programmée (SNP) avec un professionnel identifié dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS) ; la téléconsultation assistée par un professionnel de santé (infirmière ou pharmacien) qui peut se faire à domicile, en EHPAD, dans une pharmacie ou dans un local dédié par une organisation territoriale (type mairie ou communauté de commune) avec son médecin traitant ou un autre médecin : la téléconsultation non assistée sur une plateforme commerciale, qui peut se faire à domicile, dans une pharmacie ou un local dédié.

Les résultats montrent (*cf. graphique 2*) que la téléconsultation assistée est très rarement pratiquée par les répondants : 90% des répondants affirment ne jamais réaliser de téléconsultation assistée (n = 151). Les médecins interrogés peuvent effectuer des téléconsultations non assistées avec leurs patients et parfois assistées pour les patients en EHPAD. Ils peuvent également faire des téléconsultations sur demande du SAS.

Les actes les plus réalisés sont la téléconsultation, utilisée à différentes fréquences par 48% des répondants (n = 82), et la télé-expertise utilisée à différentes fréquences par 54% des répondants (n = 90). La téléconsultation est l'acte le plus fréquemment réalisé « quotidiennement » par 8% les répondants (n = 13), tandis que la télé-expertise est l'acte le plus fréquemment utilisé « régulièrement » par 27% des répondants (n = 46). La part des répondants n'effectuant pas encore ces actes mais déclarant avoir pour projet de les intégrer à leur pratique est assez stable : 3% pour la télé-expertise (n = 5), 3.6% pour la téléconsultation et la télésurveillance médicale (n = 6) et 4% pour la téléconsultation (n = 7).

Graphique 2 : pratiques de différents actes de télémédecine



Les fréquences d'utilisation de la téléconsultation sont presque identiques pour les médecins spécialistes en médecine générale comme pour les autres spécialités, ce qui concorde avec le fait que lors d'une téléconsultation, le médecin (quelle que soit sa spécialité) s'occupe d'un patient *(cf. tableau 1)*. Le tableau 1 souligne également que **pour les télé-expertises, les requérants sont majoritairement des spécialistes en médecine générale**, et les requis des spécialistes d'organe.

Tableau 1 : utilisation de la téléconsultation et de la télé-expertise en fonction de la spécialité du répondant

| | Téléconsultation | | Téléexpertise | |
|-----------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| | Médecine générale (%) | Autres spécialités (%) | Médecine générale (%) | Autres spécialités (%) |
| En projet | 5 | 2 | 2 | 7 |
| Jamais | 46 | 48 | 38 | 57 |
| Parfois | 27 | 26 | 24 | 17 |
| Quotidiennement | 8 | 7 | 2 | 9 |
| Régulièrement | 13 | 17 | 34 | 11 |

UTILISATION DES LOGICIELS DE TÉLÉCONSULTATION ET TÉLÉEXPERTISE

Les médecins ayant répondu au questionnaire citent un grand nombre de logiciels utilisés pour la téléconsultation, avec 19 logiciels différents et 1 utilisation de WhatsApp. Les deux logiciels le plus utilisés (*cf. Tableau 3*) sont **Doctolib** pour 34% des répondants (n = 25) et **Maiia** pour 15% des répondants (n = 11) ; plusieurs réponses étaient possibles et certains médecins ont indiqué utiliser différents logiciels en fonction des structures dans lesquels ils travaillaient.

Ce résultat est concordant avec le fait que les deux gestionnaires d'agenda leader interfacés avec un ou des logiciels métiers sont Doctolib médecin pour Doctolib et la gamme CEGEDIM pour Maiia.

Le choix entre la consultation physique ou la téléconsultation pouvant se faire au moment de la prise de rendez-vous, par le médecin, le patient ou le secrétariat.

Tableau 3 : logiciels utilisés pour la téléconsultation

| Logiciel | Réponses (N) | Réponses (%) |
|----------------------|--------------|--------------|
| Doctolib | 25 | 33,8 |
| Maiia | 11 | 14,9 |
| Medaviz | 7 | 9,5 |
| Madeformed | 6 | 8,1 |
| Logiciel métier | 5 | 6,8 |
| Qare | 3 | 4,1 |
| Clickdoc | 2 | 2,7 |
| Parsys | 2 | 2,7 |
| Ma question médicale | 2 | 2,7 |
| consulib | 1 | 1,4 |
| crossway | 1 | 1,4 |
| Omedys | 1 | 1,4 |
| GPS Santé | 1 | 1,4 |
| Hellocare | 1 | 1,4 |
| Linkello | 1 | 1,4 |
| Hopi | 1 | 1,4 |
| MLM | 1 | 1,4 |
| Omnidoc | 1 | 1,4 |
| Weda | 1 | 1,4 |
| Whatsapp | 1 | 1,4 |
| Total | 74 | 100 |

Quant aux logiciels utilisés pour la télé-expertise (*cf. tableau 4*), 91% des répondants utilisent **Omnidoc** (n = 77), avec 7 logiciels différents cités.

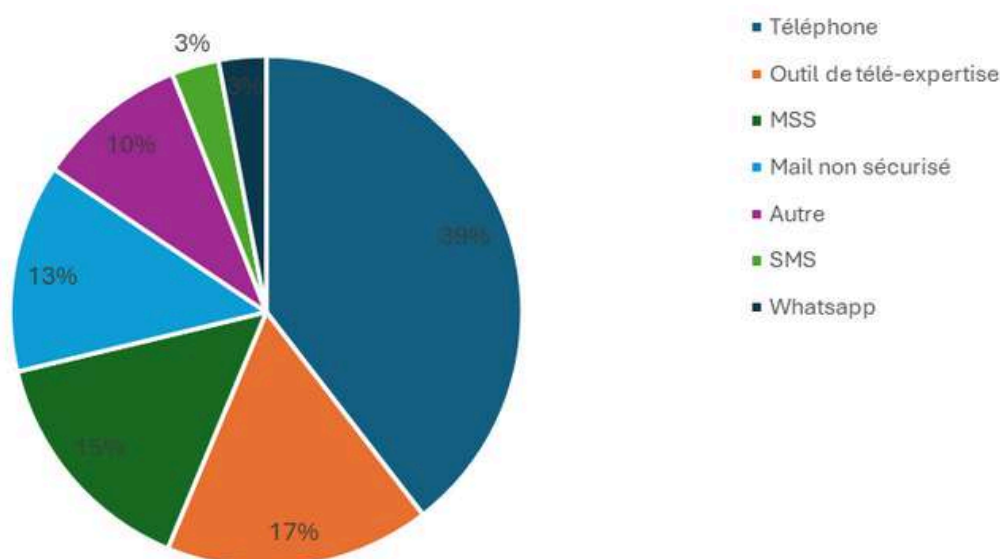
Tableau 4 : logiciels utilisés pour la télé-expertise

| Logiciel | Réponses (N) | Réponses (%) |
|--------------------------------|--------------|--------------|
| Omnidoc | 77 | 91,66 |
| Doctolib | 2 | 2,38 |
| Dermoscopie - ecg | 1 | 1,19 |
| Messagerie spécialisée cryptée | 1 | 1,19 |
| Apicrypt | 1 | 1,19 |
| MSSanté | 1 | 1,19 |
| Weda GPS Santé Mailiz | 1 | 1,19 |
| Total | 84 | 100 |

COORDINATION ET PRISE DE CONTACT ENTRE MÉDECINS

Lorsque les médecins doivent prendre contact avec des collègues pour le suivi d'un patient (cf. [graphique 3](#)), **39% d'entre eux utilisent le téléphone** (n = 66), 16% un outil de télé-expertise (n = 28), 14% la MSS (n = 25) et 14% un mail non sécurisé (n = 22). **L'utilisation du téléphone est problématique car elle nécessite la disponibilité des deux interlocuteurs en synchrone.**

Graphique 3 : moyens utilisés pour contacter un autre médecin



Lorsque l'on interroge les médecins sur leur perception de la coordination sur leur territoire entre les professionnels de santé de ville et les établissements de santé d'une part, et entre les professionnels de santé de ville d'autre part, les réponses sont les suivantes ([graphique 4](#)) :

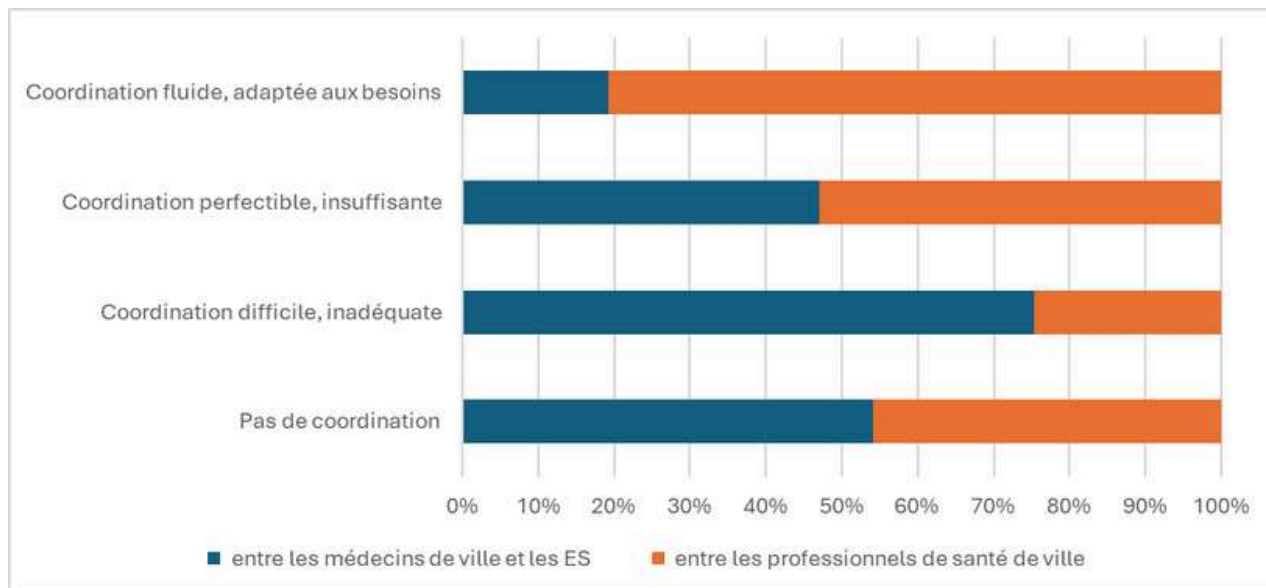
Dans les deux cas, **la coordination est jugée majoritairement perfectible et insuffisante** (52% pour la coordination entre professionnels de santé de ville (n = 89) et 47% pour la coordination entre les professionnels de santé de ville et les ES (n = 79)).

De plus, **la coordination est jugée difficile ou inadéquate** entre les professionnels de santé de ville et les ES pour 35% des répondants (n = 58) contre 11% pour la coordination entre professionnels de santé de ville (n = 19).

11% des répondants estiment qu'il n'y a pas de coordination entre les professionnels de santé de ville et les ES (n = 20) contre 10% pour la coordination entre professionnels de santé de ville (n = 17).

La coordination est jugée fluide et adaptée aux besoins entre professionnels de santé de ville pour 25% des répondants (n = 42) et pour 6% concernant la coordination entre les professionnels de santé de ville et les ES (n = 10).

Graphique 4 : perception de la coordination sur le territoire



Un nuage de mots des difficultés liées aux outils numériques dans la coordination (cf. *graphique 5*) fait apparaître en première position le mot « courrier » avec 21 apparitions, suivi par le mot « spécialistes » (15 occurrences)

Graphique 5 : nuage de mots des freins liés aux outils numériques dans la coordination

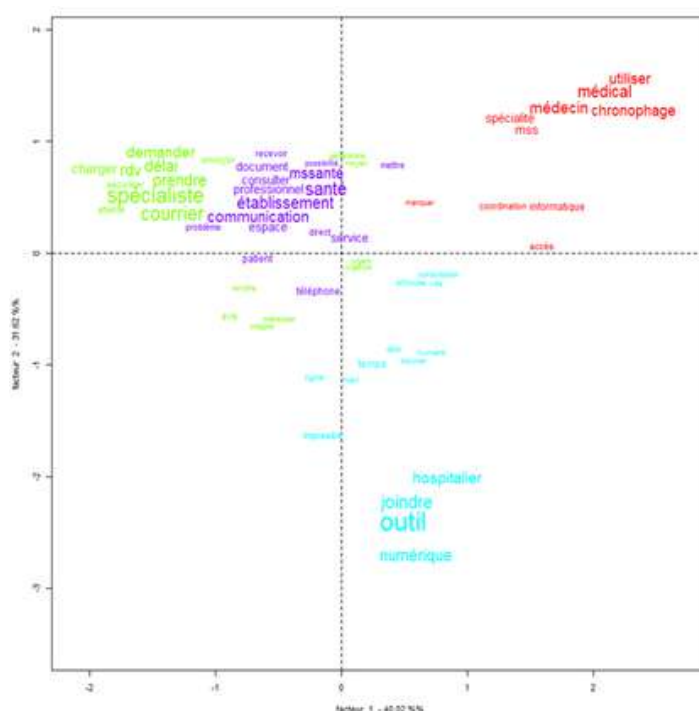


Une analyse factorielle des correspondances (AFC) a été réalisée sur les réponses à la question des freins à la coordination (*cf. graphique 6*).

L'axe des abscisses explique 40,02 % de la variance, oppose deux logiques distinctes. D'un côté, les difficultés organisationnelles liées à l'accès aux soins spécialisés, à la coordination et à la circulation de l'information, sont illustrées par des termes tels que « *demande, rdv, délai, spécialiste, attente, courrier, communication et établissement* ». Ce champ lexical renvoie aux freins rencontrés dans l'adressage des patients, aux délais pour obtenir des rendez-vous avec les spécialistes, à la gestion des documents (notamment les courriers médicaux) et à la communication entre structures. A l'opposé de l'axe, se trouvent des termes comme « *utiliser, médecin, chronophage, spécialité et mss[1]* », qui signalent une autre forme de contrainte perçue : celle liée à l'usage des outils numériques eux-mêmes, jugés chronophages ou peu intégrés aux pratiques. L'axe met ainsi en tension **la lourdeur des parcours organisationnels avec la complexité d'usage des solutions numériques**, les deux apparaissant comme des entraves conjointes à la fluidité du travail médical.

L'axe des ordonnées, représentant 31,62 % de la variance, prolonge cette lecture en croisant les logiques d'intégration numérique et de coordination interprofessionnelle. Dans la partie supérieure de l'axe, les termes « *chronophage, spécialité, médecin, généraliste, coordination, informatique* » traduisent une perception de surcharge liée à la mise en œuvre des outils numériques dans les pratiques de coordination. L'intégration de l'informatique dans la coordination des soins est perçue comme une contrainte supplémentaire, grevant le temps médical. Dans la partie inférieure, un regroupement de termes comme « *joindre, outil, numérique et hospitalier* » pointe vers les difficultés de communication entre les outils de la ville et de l'hôpital, l'accès aux bons interlocuteurs et aux informations pertinentes. Autour gravitent les mots « *temps, trouver, numéro, ligne, impossible* », qui traduisent **l'expérience quotidienne de rupture de lien, de temps perdu à chercher un contact ou une information, et de saturation des canaux de communication**.

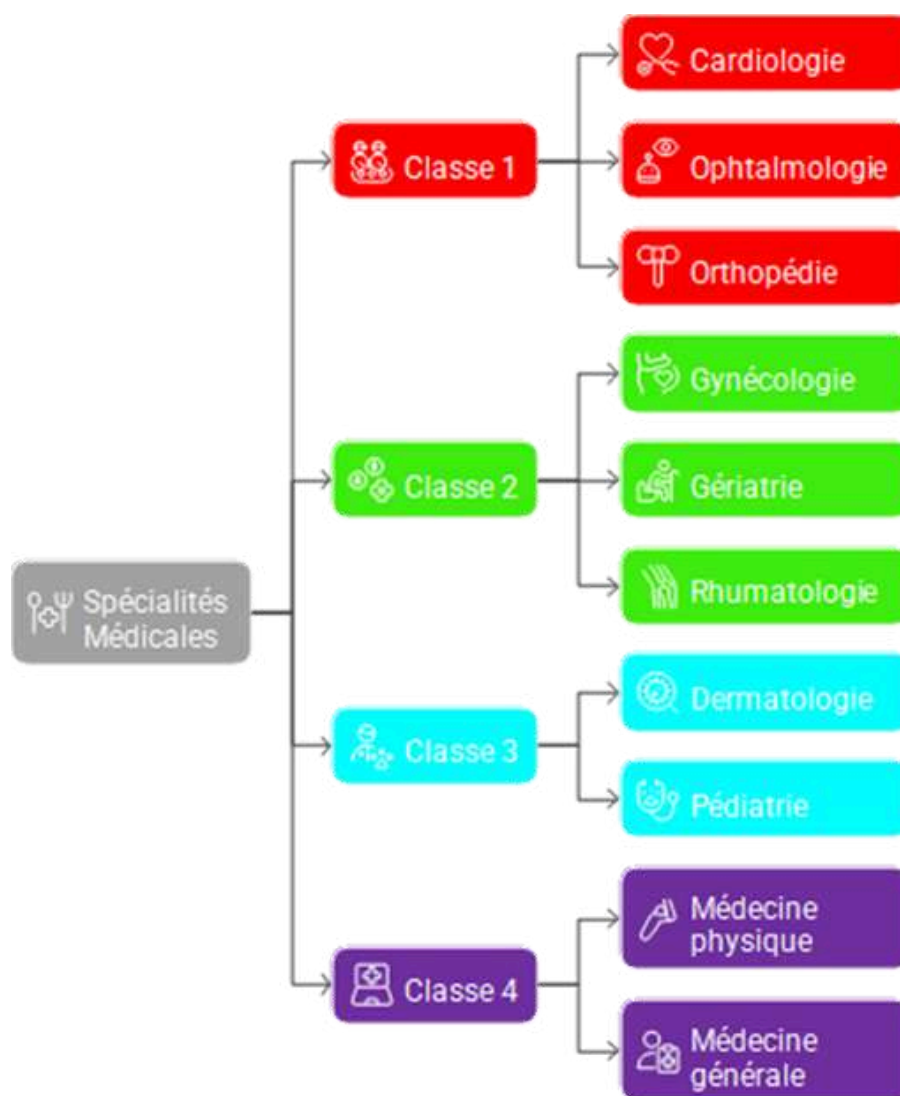
Graphique 6 : AFC des freins à la coordination



[1] Messagerie Sécurisée de Santé

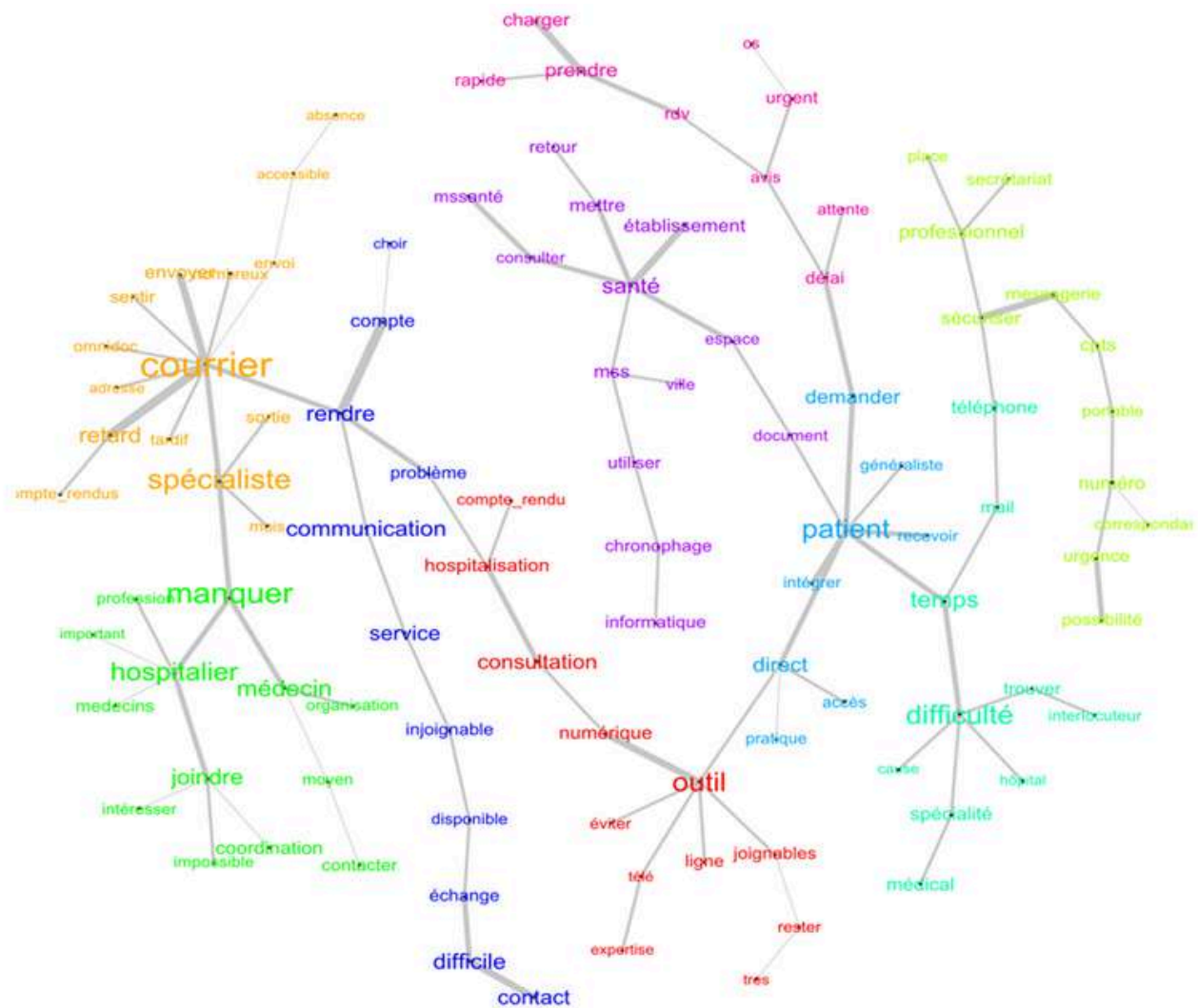
Les champs lexicaux mobilisés varient selon la spécialité exercée par le répondant (*cf. graphique 7*) : les mots en rouge sont utilisés principalement par les médecins spécialistes en cardiologie, ophtalmologie et chirurgie orthopédique ; les mots en verts sont principalement utilisés par les médecins spécialistes en gynécologie, gériatrie et rhumatologie. Les mots en bleu par des médecins dermatologues ou pédiatres. Les mots en violets par les spécialistes en médecine physique et réadaptation et en médecine générale.

Graphique 7 : dendrogramme des classes en fonction de la spécialité du répondant



Le graphique de similitude (*cf. graphique 8*) organise les champs lexicaux en **9 catégories** : des problématiques liées aux courriers, les délais de réception et leur accessibilité (en orange) ; les problématiques liées à la coordination entre la ville et l'hôpital (en vert fluo) ; les problématiques liées à la communication et la prise de contact (bleu foncé) ; les problématiques liées aux outils (en rouge) ; les problématiques liées aux messageries entre établissements (violet), en lien avec le patient (bleu clair), la prise de rendez-vous (rose), les difficultés à joindre les interlocuteurs (vert foncé) et la sécurité des moyens de contact (vert moyen).

Graphique 8 : graphique de similitude sur les freins à la coordination en e-santé



IMPACT DES OUTILS NUMÉRIQUES SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les médecins ont été interrogés sur leur perception de l'impact des outils numériques sur certaines de leurs pratiques professionnelles : l'organisation des soins, la coopération et la collaboration, l'efficacité et la pertinence des soins, l'identification des actions de santé publique par l'obtention de data (cf. [graphique 9](#)).

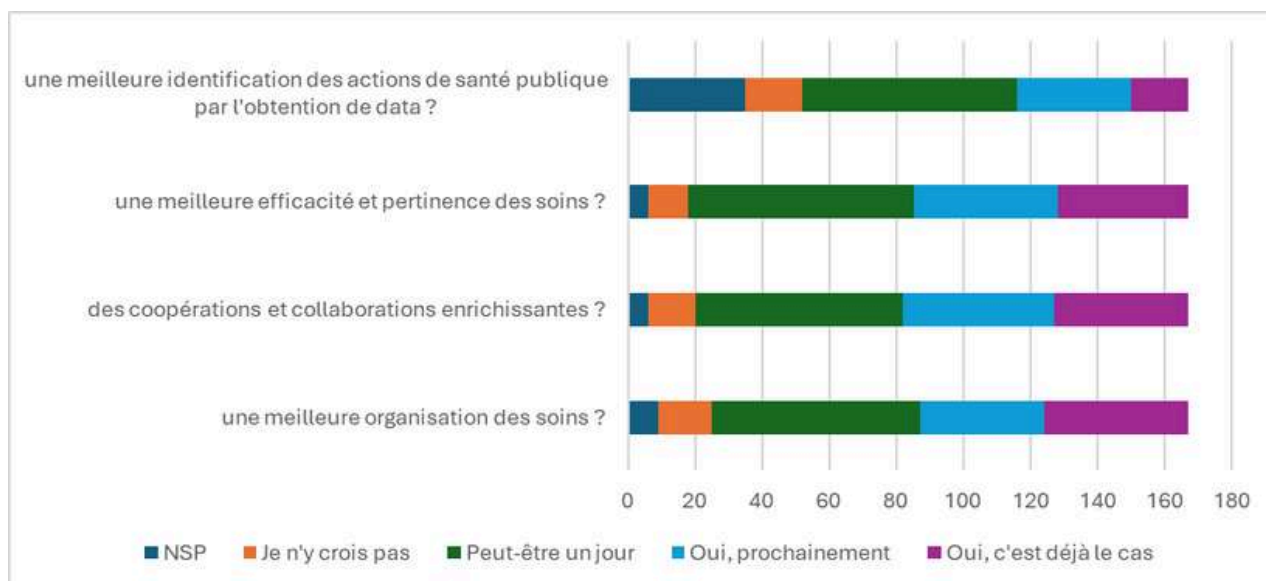
Concernant l'organisation des soins, 26% des répondants pensent qu'elle est améliorée par les outils numériques (n = 43) et 22% pensent que ce sera prochainement le cas (n = 37), soit 48% de « oui » à court terme. 37% pensent que cela sera peut-être le cas un jour (n = 62) et 10% n'y croient pas (n = 16).

Concernant la coopération et la collaboration, 24% des répondants pensent qu'elle est améliorée par les outils numériques (n = 40) et 27% pensent que ce sera prochainement le cas (n = 45), soit 51% de « oui » à court terme. 37% pensent que cela sera peut-être le cas un jour (n = 62) et 8% n'y croient pas (n = 14).

Concernant l'efficacité et la pertinence des soins, 23% des répondants pensent qu'elle est améliorée par les outils numériques (n = 39) et 26% pensent que ce sera prochainement le cas (n = 43), soit 49% de « oui » à court terme. 40% pensent que cela sera peut-être le cas un jour (n = 67) et 7% n'y croient pas (n = 12).

Concernant l'identification des actions de santé publique par l'obtention de data, 10% des répondants pensent qu'elle est améliorée par les outils numériques (n = 17) et 20% pensent que ce sera prochainement le cas (n = 34), soit 30% de « oui » à court terme. 38% pensent que cela sera peut-être le cas un jour (n = 64) et 10% n'y croient pas (n = 17).

Graphique 9 : impact des outils et pratiques du numérique



UTILISATION DES DONNÉES ISSUES DES LOGICIELS

Lorsqu'ils sont interrogés sur l'utilisation des données issues de leurs logiciels ou des diagnostics territoriaux pour orienter leurs actions de santé publique, 12% des répondants affirment déjà le faire (n = 20), et 7% vouloir le faire prochainement (n = 11). 27% pensent le faire « peut-être un jour » (n = 45) et 13% n'en voient pas l'utilité (n = 21). 42% des répondants (n = 70) n'a pas d'avis sur la question.

Des projets comme le **P4DP** (*Platform for Data in Primary care*), ont parmi leurs objectifs, la sensibilisation des médecins à l'exploitation de leurs données dans le cadre de projets de recherche, afin de trouver des solutions qui améliorent la santé de tous.

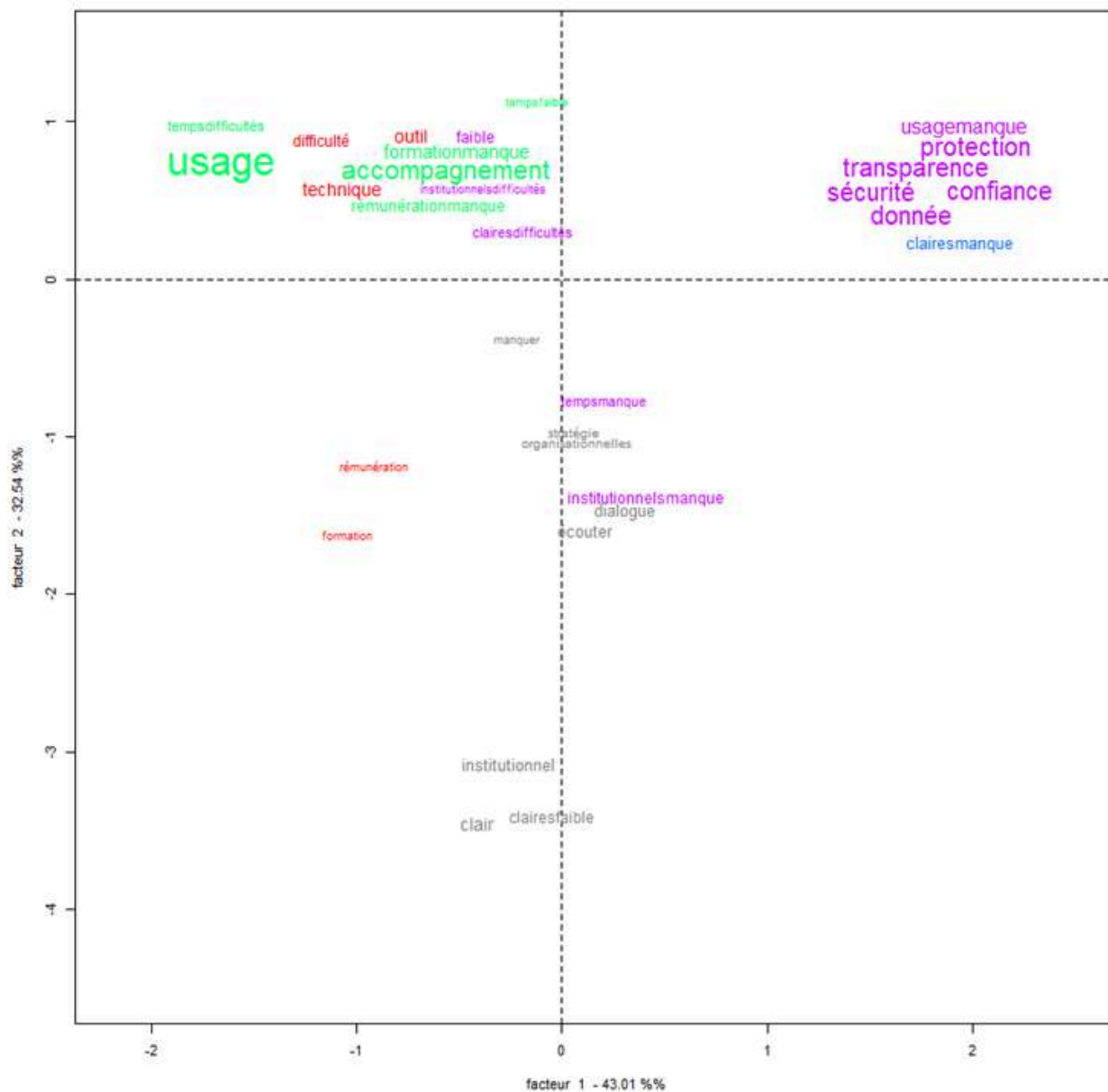
OUTILS ET USAGES NUMÉRIQUES DANS L'ACTIVITÉ MÉDICALE

Interrogés sur leur état d'esprit général concernant les outils et usages numériques dans l'activité médicale, **42% des répondants voudrait s'y mettre et progresser**, mais souligne qu'il reste des freins à lever (n = 70), 36% s'y intéresse et chercher à les intégrer, en se définissant comme leader auprès de leurs pairs (n = 60), 10% n'y voit aucun intérêt et ne souhaite pas changer ses habitudes (n = 17), **6% se sentent découragés et perdus sur le sujet** (n = 10) et 6% n'ont pas d'avis sur la question (n = 10).

FREINS À L'UTILISATION DES OUTILS NUMÉRIQUES

Le terme « *manquer* » apparaît à 171 reprises dans les réponses libres rédigées par les médecins en réponse à la question des freins qu'ils identifiaient pour le développement de l'utilisation des outils numériques. Ce terme occupe le premier rang des formes actives citées en lien avec les obstacles rentrés.

Graphique 10 : AFC des freins liés au développement de l'utilisation des outils numériques

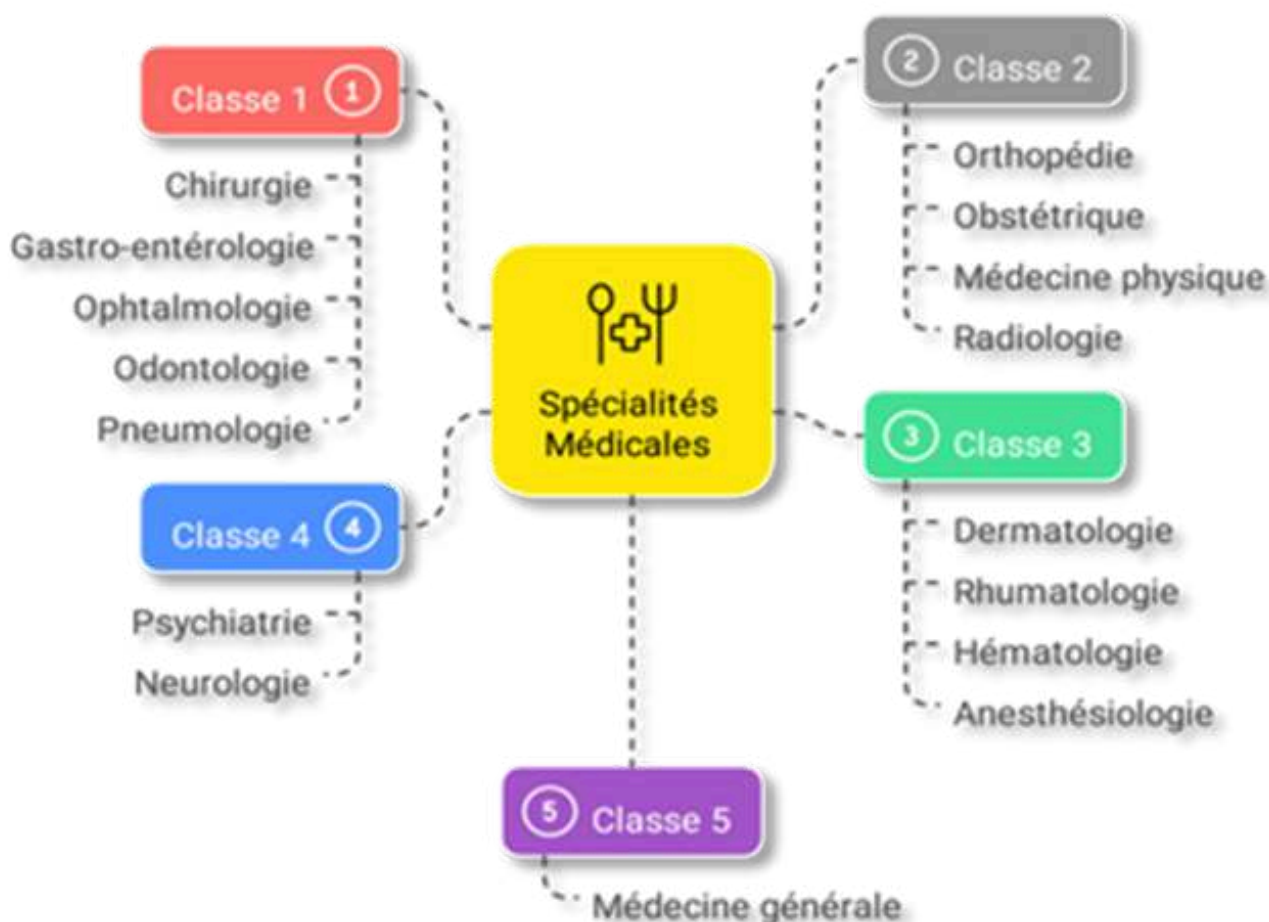


L'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) permet de structurer ces freins autour de deux grands axes interprétatifs (cf. *graphique 10*). Le premier, qui explique 43,01 % de la variance, oppose d'une part **les difficultés d'usage directement liées aux outils eux-mêmes** : manque de temps, complexité d'utilisation, problèmes techniques, insuffisance d'accompagnement et de formation, faible valorisation financière ; et d'autre part **des préoccupations plus systémiques**, centrées sur la confiance, la sécurité et la protection des données.

Le second axe, représentant 32,44 % de la variance, met en tension **les freins organisationnels et institutionnels** : déficit de temps, manque de soutien des structures, absence de dialogue, désorganisation perçue ; face à des attentes portant sur une clarification des stratégies portées par les autorités de santé.

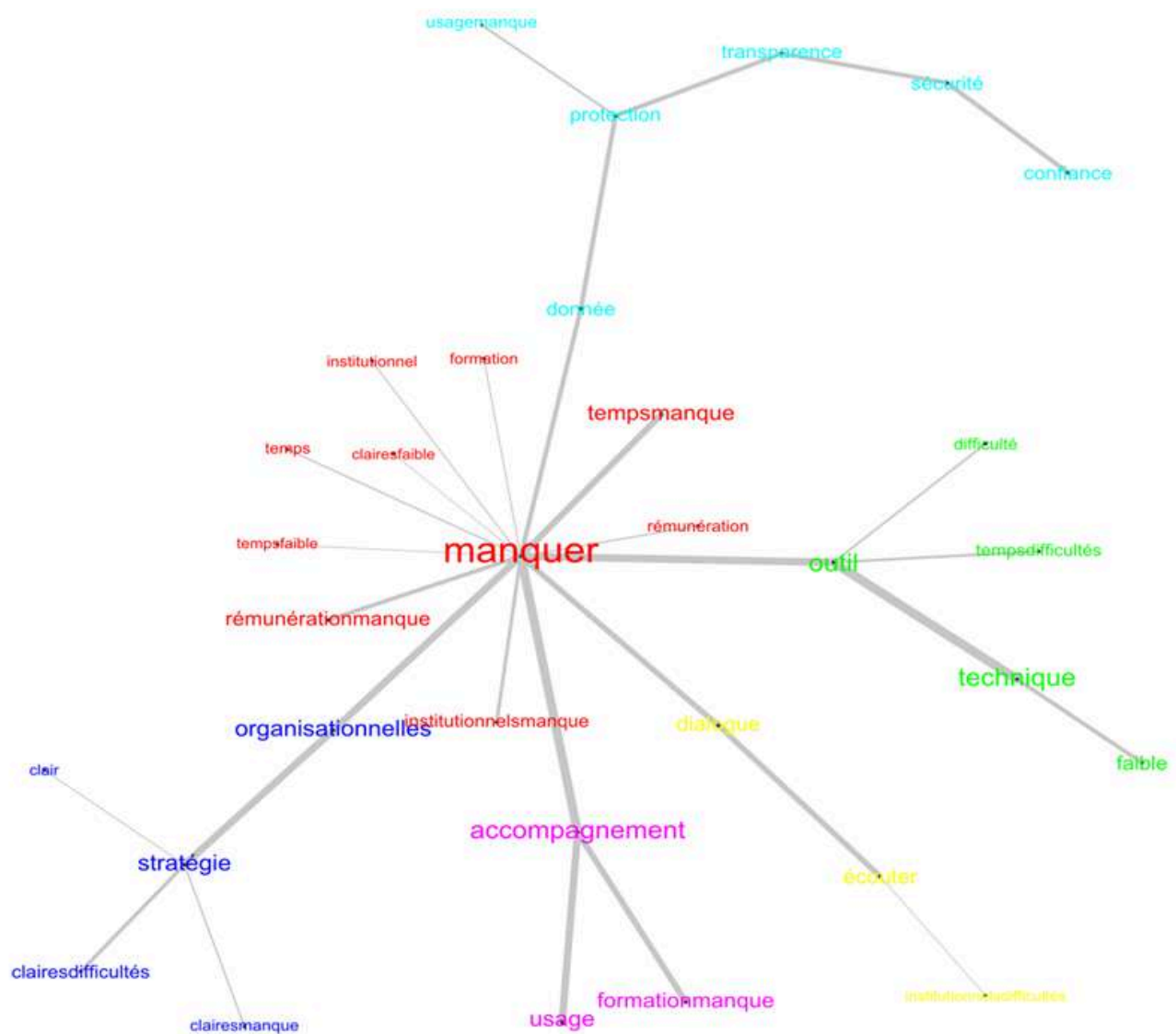
Là aussi, les champs lexicaux varient en fonction des spécialités médicales des répondants (cf. *graphique 11*).

Graphique 11 : dendrogramme des classes en fonction de la spécialité du répondant



Le graphique de similitudes (cf. *graphique 12*) permet de regrouper ces freins en **6 catégories** : d'une part les éléments manquants, que ce soit en temps, en rémunération, en politique institutionnel ou en formation (en rouge) ; d'autre part des inquiétudes liées à la protection des données et à la confiance (en bleu clair) ; des freins techniques (en vert), un besoin d'accompagnement (en violet) et un manque de stratégie claire (bleu foncé).

Graphique 12 : graphique des similitudes des freins liés au développement de l'usage des outils de la e-santé



GESTION TECHNIQUE DES OUTILS AU QUOTIDIEN

À la question « *dans votre quotidien, qui se charge de la partie « technique » liée aux outils numériques (achats, mise à jour des logiciels, paramétrage des outils et solutions, résolution des difficultés...) ?* », 77% des répondants ont répondu s'en charger eux-mêmes (n = 122), 13% délèguent ces tâches à un prestataire externe (n = 21) et 11% les confient à un collaborateur (n = 17). **Dans 87% des cas, c'est donc un médecin qui se charge de cette gestion au sein du cabinet** (n = 139).

CONNAISSANCE DES PARTENAIRES

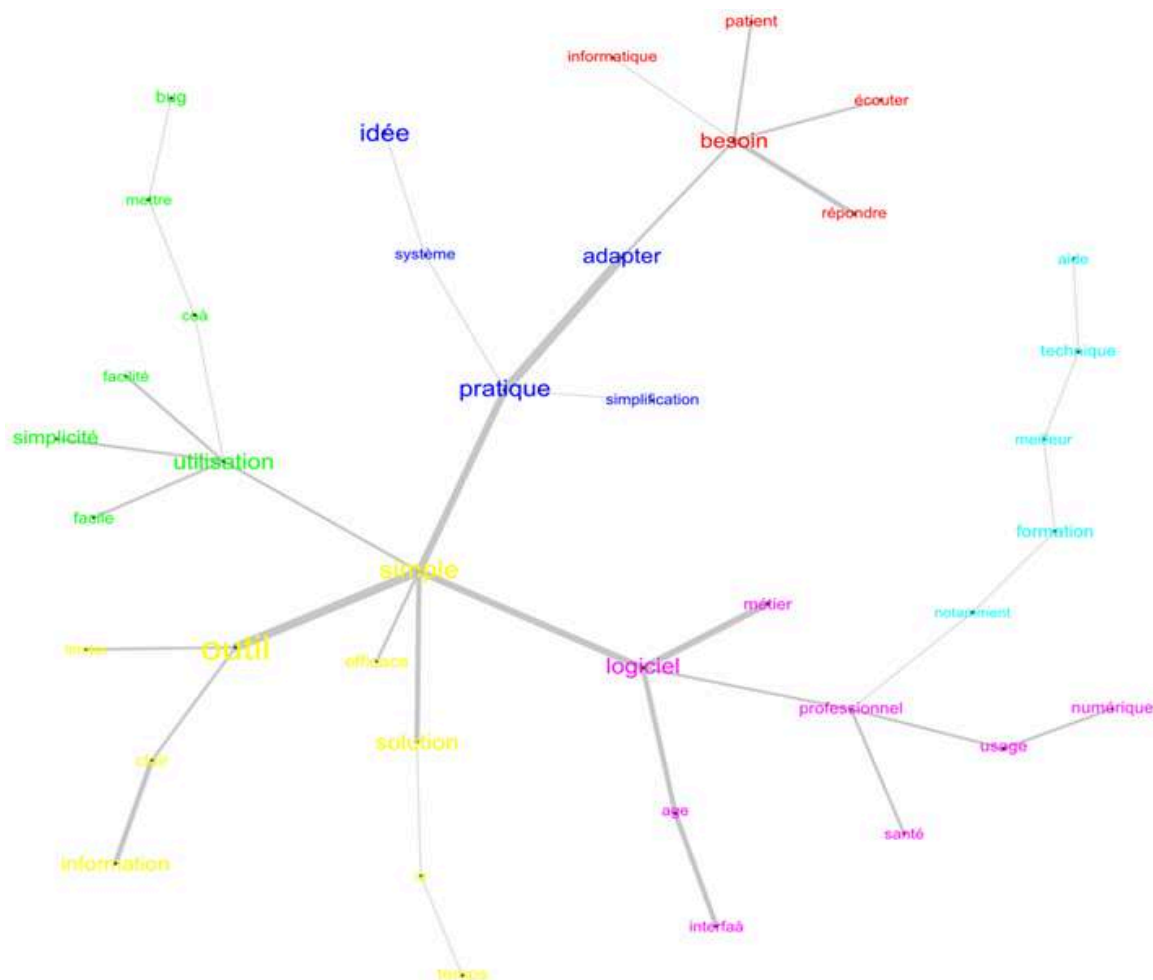
Interrogés sur les services pouvant leur être apportés par l'URPS-ML, 52% des répondants indiquent ne pas savoir ce que l'URPS-ML peut leur apporter (n = 87), 32% répondent « *pas vraiment* » (n = 53) et 16% répondent oui (n = 27).

Interrogés sur les services pouvant leur être apportés par le GRADeS / GIP e-santé Centre-Val de Loire, **62% des répondants indiquent ne pas savoir ce que la structure peut leur apporter** (n = 104), 23% répondent « *pas vraiment* » (n = 39) et 14% répondent oui (n = 24). Ces réponses soulignent la nécessité de communiquer davantage auprès des professionnels de santé de terrain sur les missions de ces partenaires, et sur le soutien qu'ils peuvent leur apporter.

AIDE ATTENDUE

Les aides attendues par les répondants se déclinent en **6 catégories** (*graphique 13*) : une aide liée aux outils, considérés comme trop complexes et chronophages (en jaune) ; une simplification de leur utilisation (en vert), une capacité d'adaptation des outils (en bleu foncé), une meilleure communication avec les logiciels métiers (en violet), davantage de formation des médecins (bleu clair). Le mot « outil » a la plus forte fréquence d'apparition (n = 23) suivi du mot « simple » (n = 13).

Graphique 13 : graphique de similitude des aides attendues



Les champs lexicaux diffèrent toujours en fonction de la spécialité du médecin répondant (*cf. graphique 14*) : la classe 1 (en rouge) correspond aux médecins spécialistes en Hématologie, Neurologie, Radiologie, Orthopédie, Gynécologie, Anesthésiologie. La classe 2 (en vert) correspond aux dermatologues, pédiatres et chirurgiens. La classe 3 (en bleu) à la médecine générale, la rhumatologie et la cardiologie.

DISCUSSION



DISCUSSION

Pour surmonter les freins identifiés et garantir une intégration durable de la e-santé dans l'exercice des médecins de la région, tout en réduisant les écarts d'usage, **des recommandations opérationnelles s'imposent**. Celles-ci s'appuient sur les retours d'expérience des acteurs de terrain ainsi que sur l'analyse des défis actuels. Il s'agit notamment de renforcer l'accompagnement des professionnels, d'assurer une meilleure communication entre les différents outils. La réussite du déploiement repose aussi sur **une reconnaissance effective du temps médical investi et une formation adaptée aux besoins concrets**. Ce chapitre détaillera les conditions essentielles à une intégration réussie de la e-santé dans les pratiques des médecins et dans les organisations (MSP, CPTS, ESS, Cabinets de groupe...), l'articulation entre téléconsultation, télé-expertise et soins présents, et l'intérêt d'un pilotage territorial renforcé.

Freins au développement des usages

Le terme « *manquer* » apparaît de façon dominante dans le corpus, avec 171 occurrences, occupant le premier rang des formes actives citées en lien avec les obstacles rencontrés. Cette récurrence manifeste **un sentiment global de déficit perçu par les professionnels**, qu'il soit matériel, organisationnel ou cognitif.

Cette double structuration des freins révèle que l'obstacle à l'appropriation des outils de la e-santé ne relève pas uniquement d'un déficit technique ou individuel, mais d'un système de conditions d'exercice encore instable, où les professionnels peinent à se projeter dans un usage fluide, reconnu et sécurisé du numérique en santé. L'exemple de Mon Espace Santé (MES) semble ici particulièrement parlant : les établissements de santé, professionnels de santé libéraux et salariés, l'alimentent de façon plus ou moins pertinente pour leurs patients. Par conséquent, **MES contient aujourd'hui une masse d'information plus ou moins ordonnées, qui ne sont pas toujours utilisables ou utilisées par les soignants, et qui ne permettent pas d'exploiter l'apport potentiel du numérique en santé**.

La récurrence du terme « *manquer* » et la structuration des freins révélée par l'Analyse Factorielle des Correspondances indiquent que les obstacles à la e-santé ne relèvent pas uniquement de considérations techniques ou financières. Ils traduisent un sentiment plus profond de carence en ressources essentielles, telles que le temps, la formation ou l'accompagnement, combiné à une défiance marquée envers le cadre institutionnel, en particulier sur les questions de sécurité, de transparence et de lisibilité des orientations. Ces éléments soulignent que le simple déploiement d'outils numériques ne suffit pas. Les stratégies d'intégration doivent viser **une transformation plus large, en replaçant les dimensions humaine et organisationnelle au cœur des dispositifs**. Renforcer la confiance des professionnels, clarifier les finalités, alléger la charge perçue et stabiliser les environnements d'usage sont autant de conditions nécessaires pour favoriser une adoption durable et effective de la e-santé dans les pratiques de soins.

Freins à la coordination

La structuration des données selon les deux axes de l'AFC met en évidence que les obstacles à la coordination ne se réduisent pas à un déficit technologique. Ils relèvent d'un système de contraintes combinées, où les outils numériques sont certes présents, mais intégrés dans un écosystème organisationnel lourd, mal articulé et chronophage. La récurrence des termes « *courrier, spécialiste, outil et hospitalier* », confirmée par leur proximité dans l'analyse, traduit une attente claire de la part des professionnels : non pas simplement davantage d'outils, mais **une transformation en profondeur des processus d'échange, des circuits de communication et de l'articulation entre les différents niveaux du système de soins**.

Le graphique de similitude (*cf. graphique 8*) corrobore cette analyse en révélant que les difficultés de coordination s'organisent principalement autour de quatre pôles interdépendants : la transmission des informations, notamment via les courriers médicaux ; l'insuffisance ou l'inefficacité perçue des outils numériques disponibles ; les problèmes de communication interprofessionnelle ; et l'accessibilité des acteurs clés du système de soins, en particulier les spécialistes et les établissements hospitaliers. Cette structuration confirme que les obstacles à la coordination ne relèvent pas d'un défaut isolé, mais d'un enchevêtrement de défaillances techniques et organisationnelles, pesant directement sur la fluidité des parcours patients.

Des besoins et attentes différents en fonction des spécialités médicales

Les réponses aux questions montrent bien que les attentes et besoins des médecins répondant diffèrent en fonction de la spécialité exercée. Des réponses adaptées et personnalisées sont donc attendues.

Pour autant, les usages sont assez ressemblants quant à la téléconsultation. Ces différences entre le discours porté par les professionnels et leurs pratiques appellent donc à **renforcer la pédagogie et les échanges entre pairs** pour lever des freins "*psychologiques*" au changement de pratique.

Conditions de réussite d'une intégration pérenne dans les pratiques

L'intégration réussie de la e-santé repose sur un ensemble de conditions essentielles qui vont bien au-delà de la simple disponibilité d'outils numériques. Au cœur du dispositif, un projet médical clair, orienté vers les besoins réels de la population, constitue le socle d'une organisation cohérente. Ce projet doit s'appuyer sur une technologie sécurisée.

L'essentiel est bien dans la cohérence d'ensemble : les outils sont présents même si perfectibles, mais l'ensemble des acteurs de la santé, du médico-social et du social doit les exploiter de façon dynamique pour améliorer la coordination des soins, en respectant les prérogatives de chacun, au bénéfice du patient.

La pérennité du modèle dépend également d'un cadre économique adapté. Il ne suffit pas que la e-santé soit techniquement faisable ; elle doit aussi démontrer son efficacité médicale et son utilité en santé publique, et tenir compte de la QVCT des utilisateurs. Cela suppose en effet une rémunération qui satisfait les professionnels et des mécanismes de financement lisibles, capables de les inciter à intégrer ces pratiques sans générer de distorsions dans l'organisation des soins (*Le HCSP, 2017*). L'étude montre par ailleurs que la e-santé s'inscrit plus facilement dans un tissu de soins déjà structuré. Elle suppose une dynamique humaine et organisationnelle forte,

portée par une logique de collaboration entre professionnels. **La capacité des différents outils techniques déployés à pouvoir communiquer entre eux est ici un levier central.** Toute information importante saisie une fois sur une plateforme doit pouvoir être, en cas de besoin, partagée ou échangée sans nouvelle saisie. En effet, elle conditionne la fluidité des échanges, la qualité du dialogue clinique et l'efficacité des décisions thérapeutiques. Les outils doivent aussi rester simples, ergonomiques et adaptés aux usages du terrain ainsi que des pratiques. Une formation [2] spécifique, en amont, est indispensable. Elle doit concerner l'ensemble des professionnels impliqués et ne pas se limiter aux aspects techniques. Elle doit aussi porter sur l'organisation de l'activité, la gestion des espaces de téléconsultation, la protection des données, la communication à distance, ainsi que les conditions d'un recueil éclairé du consentement du patient (La HAS, 2019).

Suggestions pour améliorer l'articulation entre téléconsultation, télé-expertise et soins présentiels

Pour que la e-santé prenne vraiment sa place, il faut sortir d'une logique de remplacement et **l'envisager comme un prolongement, une continuité adaptée aux situations cliniques**, et non comme une solution par défaut.

Les soins hybrides, qui mêlent présentiel et à distance, montrent aujourd'hui leur pertinence, notamment pour le suivi des patients chroniques (*Le Think Tank Télésanté*, 2024). Ce modèle permet d'ajuster la prise en charge, de réduire les déplacements inutiles, et d'exploiter au mieux les compétences disponibles. Mais pour que cela fonctionne, encore faut-il que les outils soient réellement utiles, que les rôles soient clairs, et que chacun, soignant comme patient, sache à quoi s'attendre.

L'échange ou le partage sécurisé de l'information, via la MSSanté ou le DMP, reste un point de passage obligé. **Sans continuité dans les données, il ne peut y avoir de continuité dans les soins.** Le dialogue entre le requérant et requis doit être souple, avec des délais de réponse optimaux.

Pour le patient, tout commence par une information simple, compréhensible, sur ce qu'est un acte de télémedecine, comment il se déroule, ce qu'il implique et quelles sont ses limites.

La télémedecine ne doit pas être un supplément, encore moins une charge. Elle doit devenir **un geste médical intégré et fluide**.

Intérêt d'un pilotage territorial renforcé (professionnels de santé, URPS ML, GRADeS, ARS)

Un pilotage territorial renforcé, est **une condition incontournable pour que la télémedecine s'ancre durablement dans les pratiques de soins** en Centre-Val de Loire. L'implication de l'URPS-ML et des professionnels de santé, aux côtés du GRADeS et de l'ARS, a été un prérequis pour le déploiement des usages en région. Ce pilotage donne un cadre clair, une cohérence d'ensemble et permet de dépasser la logique des projets dispersés. L'ARS fixe les grandes orientations régionales et porte les projets stratégiques, tandis que le GRADeS fédère 76 structures réparties en sept grands collèges autour de la e-santé [3]. L'URPS-ML et les professionnels de santé ont apporté une expertise indispensable sur les usages des outils, les besoins des professionnels de santé et de leurs patients, et sur les freins à lever. Ensemble, ils

[2] Article R6316-9 du code de la santé publique (transféré par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1)

[3] Les deux Centres Hospitalo-Universitaires de la région sont représentés en tant que tel en plus des autres établissements de santé depuis l'avenant 7 de la Convention Constitutive du GRADeS du 28 février 2024.

assurent une approche systémique, fondée sur la mutualisation des moyens, la capacité des outils à communiquer entre eux, et la diffusion de standards communs.

Ce pilotage est aussi un levier essentiel pour garantir les financements nécessaires. Il permet notamment d'assurer la prise en charge complète des actes de télémédecine réalisés par les professionnels conventionnés, affirmant ainsi un engagement concret en faveur de l'intégration de ces pratiques dans le droit commun. Il soutient également le déploiement opérationnel de solutions comme Omnidoc, tout en veillant à leur conformité aux référentiels nationaux (*DMP, MSSanté*), et à leur pertinence face aux besoins cliniques des équipes de terrain.

Même si, dans les faits, la télémédecine a d'abord bénéficié aux territoires urbains et numériquement bien équipés, l'intention portée par l'ARS et le GRADeS est claire : **faire de la télémédecine un outil de réduction des inégalités**. Des projets comme celui des « *Antennes Pharmacies* », implantées dans des zones rurales, vont dans ce sens. Elles peuvent permettre à des patients isolés d'accéder à une téléconsultation depuis leur pharmacie, en lien avec des professionnels distants ; cela peut partiellement compenser les écarts d'accès aux soins entre les CPTS, sachant que tous les problèmes de santé nécessitant une consultation ne sont pas gérables en téléconsultation. Cependant, si nous pouvons aujourd'hui faire une évaluation quantitative de ce dispositif, il est nécessaire de rester vigilant sur la qualité des prestations, difficilement évaluable.

Cette démarche est facilitée par la composition ouverte du GRADeS, qui associe les acteurs de la région Centre-Val de Loire autour de la e-santé. Cette gouvernance partagée favorise la mise en œuvre de solutions adaptées aux réalités locales, renforce la coordination interprofessionnelle et structure les échanges, notamment à travers les ESS. La réussite de ce pilotage repose aussi sur sa capacité à limiter les freins encore présents. Les résistances professionnelles liées au manque de temps ou de formation, les difficultés d'usage dans les zones concernées par la fracture numérique, ou encore les problèmes de partage et d'échange d'information entre ville et l'hôpital, restent des obstacles à surmonter. En apportant un accompagnement clair, des repères partagés, des outils adaptés et une présence sur le terrain, une politique territoriale coordonnée avec les professionnels de santé, crée les conditions d'une adoption progressive, mais solide, de la e-santé dans l'ensemble de la région.

Ce n'est donc pas seulement une question de technologie, mais d'organisation collective. Si ce pilotage garde son cap, s'adapte aux réalités des professionnels, tout en restant à l'écoute des CPTS, la e-santé pourra réellement jouer son rôle : rapprocher les soins des patients, partout, sans distinction de lieu ou de situation.

Adapter les outils aux réalités territoriales

L'adaptation des outils de télémédecine aux réalités territoriales nécessite une simplification radicale des interfaces et une compatibilité complète avec les contraintes locales. Dans les zones rurales ou faiblement équipées, il est indispensable de **privilégier des solutions légères, ergonomiques, accessibles** sur supports variés (ordinateur, tablette, mobile), et fonctionnelles même en connexion limitée. L'implantation de points fixes de téléconsultation en pharmacie ou en maison de santé peut constituer un levier structurel pour les patients isolés. La possibilité pour les outils de communiquer entre eux, qu'ils s'agissent de systèmes d'information hospitaliers, de messageries sécurisées ou du DMP, doit être assurée pour éviter les ruptures d'information et garantir la continuité des soins.

Former et accompagner les professionnels

La formation des professionnels, au-delà des contenus techniques, doit intégrer **des modules pratiques centrés sur l'usage clinique réel des dispositifs à distance**. Des formats mixtes, associant e-learning, cas cliniques simulés et tutorat entre pairs, peuvent permettre une appropriation progressive et contextuelle. Les équipes paramédicales doivent aussi être formées aux fonctions de télésurveillance et de transmission, et à la téléconsultation assistée au domicile du patient, afin de délester les médecins et d'élargir la couverture des soins chroniques à distance. En complément, l'élaboration de protocoles d'usage partagés à l'échelle des CPTS permettrait d'harmoniser les critères de recours à la téléconsultation ou à la télé-expertise, renforçant ainsi la cohérence territoriale des pratiques.

Soutenir les dispositifs locaux pour une meilleure coordination

Le soutien aux dynamiques interprofessionnelles locales impose de structurer les échanges par des outils sécurisés et partagés. **Le recours systématique à la MSSanté pour les échanges médicaux doit remplacer l'usage massif des canaux non sécurisés encore observés**. Un annuaire professionnel régional, mutualisé entre structures, faciliterait la mise en relation rapide avec les bons interlocuteurs, en particulier dans le cadre des télé-expertises. Des protocoles d'engagement sur les délais de réponse ou le partage de données renforceraient la responsabilité collective et la fluidité du parcours.

Instaurer un suivi évaluatif

Enfin, l'instauration d'un suivi évaluatif exige **la production d'indicateurs de terrain, pertinents et actionnables**. Un tableau de bord régional ou territorial pourrait compiler les volumes d'actes (téléconsultations, télé-expertises), les temps de réponse, l'usage du DMP ou de la MSSanté, et la part de patients chroniques suivis à distance. Des enquêtes de satisfaction régulières, croisées avec des données cliniques simples, permettraient d'objectiver l'impact réel sur la qualité des soins. L'intégration de la dimension « *continuité des données* » par exemple, le taux de comptes rendus transmis via des canaux sécurisés après un acte à distance doit devenir un critère central d'évaluation pour ajuster les dispositifs aux usages réels et éviter l'effet vitrine.

CONCLUSION



CONCLUSION

L'analyse des usages des outils de télémédecine par les médecins libéraux en Centre-Val de Loire met en lumière **une dynamique complexe, marquée à la fois par des avancées significatives et des freins persistants**. Si la télémédecine s'impose désormais comme **un levier incontournable** pour améliorer l'accès aux soins, réduire les inégalités territoriales et moderniser les pratiques médicales, **son intégration dans la pratique quotidienne reste conditionnée par de nombreux facteurs**, tant individuels qu'organisationnels.

Les résultats soulignent l'importance d'**une approche territorialisée et adaptée aux besoins des différentes spécialités**, tenant compte des flux réels de patientèle, des disparités démographiques et des profils de vulnérabilité de la population.

Pour accompagner efficacement le virage numérique en santé, il apparaît essentiel de **renforcer la formation des professionnels, de soutenir l'équipement des cabinets, d'améliorer la communication entre les différents outils et de lever les freins culturels** à l'adoption de la télémédecine. Enfin, la réussite de cette transformation repose sur **une coordination accrue entre les acteurs institutionnels, les professionnels de santé et les usagers**, afin de garantir une médecine de proximité, accessible et équitable pour tous.

RÉFÉRENCES



RÉFÉRENCES

- Da Silva, N., & Raully, A.** (2016, juin 30). La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions. Consulté le juillet 1, 2025, sur <https://journals.openedition.org/ei/5758>
- La HAS.** (2019, mai). Fiche mémo téléconsultation et téléexpertise mise en œuvre mai 2019. Consulté le juin 22, 2025, sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
- Le HCSP.** (2017, décembre). Télémédecine. Des pratiques innovantes pour l'accès aux soins (Actualité et dossier en santé publique n° 101 complet). Consulté le juin 19, 2025, sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=adsp-101.pdf>
- Le Think Tank Télésanté.** (2024, novembre). Les données probantes sur les parcours de soins hybrides. Consulté le juin 23, 2025, sur <https://thinktank-numeriquesante.org/les-donnees-probantes-sur-les-parcours-de-soins-hybrides/>
- Loubère, L.** (2016). L'analyse de similitude pour modéliser les CHD. Consulté le juin 30, 2025, sur <https://hal.science/hal-02482584>
- Préfecture Centre-Val de Loire.** (2018, mai 15). Installation du Groupement régional d'appui au développement de l'e-Santé. Consulté le Mai 20, 2025, sur <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/centre-val-de-loire/Actualites/Principales/Installation-du-Groupement-regional-d-appui-au-developpement-de-l-e-Sante>
- Sebai, J., & El Manzani, Y.** (2023). Adoption de la télémédecine par les professionnels de santé publics français pendant la pandémie de COVID-19. Consulté le juillet 1, 2025, sur <https://shs.cairn.info/revue-gestion-2000-2023-2-page-13?contenu=resume&lang=fr>
- Simon, P.** (2019, février 25). La Téléconsultation en zone rurale est-elle vraiment une priorité dans le Grand Débat National ? Réponse du Dr Pierre Simon. Consulté le juin 12, 2025, sur <https://managersante.com/2019/02/25/la-teleconsultation-en-zone-rurale-une-priorite-dans-le-grand-debat/>
- Vergès, P., & Bouriche, B.** (2001, Janvier). L'analyse des données par les graphes de similitude. Consulté le juin 30, 2025, sur https://www.researchgate.net/publication/322753385_L'analyse_des_donnees_par_les_graphes_de_similitude
- Vie publique.** (2024, octobre 8). La télémédecine, une solution pour faciliter l'accès aux soins ? Consulté le juillet 1, 2025, sur <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-solution-pour-faciliter-lacces-aux-soins>

PLUS D'INFORMATIONS SUR
L'URPS MÉDECINS LIBÉRAUX CENTRE-VAL DE LOIRE
ET SES PROJETS DE RECHERCHE :

urpsml-centre.org