



HAL
open science

Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-médecine dans le Var

Chloé Vitali

► **To cite this version:**

Chloé Vitali. Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-médecine dans le Var. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03258231

HAL Id: dumas-03258231

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03258231>

Submitted on 11 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-
médecine dans le var**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 7 Juin 2021

Par Madame Chloé VITALI

Née le 29 juin 1993 à Decines-Charpieu (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur PINILLA Rafael

Directeur

**Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télé-
médecine dans le var**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 7 Juin 2021

Par Madame Chloé VITALI

Née le 29 juin 1993 à Decines-Charpieu (69)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

Monsieur le Docteur PINILLA Rafael

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN
 Chargés de mission :		
➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
 Chargés de mission		
▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUE PAULETTE
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVÉRIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel Surnombre	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien Disponibilité	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier Surnombre	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOIR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) <i>SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité</i></p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) <i>RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre</i></p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021 FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH)</p>

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBARARU/PERLES Tédora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEAGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 460**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/WITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303	NEPHROLOGIE 5203
-------------------------------	-------------------------

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/21 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/21)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502
--

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
--	-----------------------

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)
HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements :

J'adresse dans un premier temps mes remerciements aux membres du jury :

A Madame le Professeur Stéphanie Gentile, je suis très honorée que vous ayez accepté de présider cette thèse. Merci pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à ce sujet.

A Madame le Docteur Raphaëlle Rousseau Durand, merci d'avoir accepté de prendre part au jury également. Je tiens à vous remercier pour le temps que vous avez accordé à mon travail, mais aussi pour votre investissement dans la formation des internes varois dont je fais partie.

A Monsieur le Docteur Rafael Pinilla, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidée tout au long de la construction de cette thèse, et d'avoir réussi à canaliser mes idées. Mais surtout, un grand merci d'avoir été mon mentor pendant ce premier stage d'internat, m'ayant permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. C'est sur un air de « Don't stop me now » que tu as su me montrer les mille et une facettes de la médecine générale et je t'en suis très reconnaissante.

Je souhaite ensuite remercier les différents médecins que j'ai pu croiser au cours de ma formation :

Monsieur le Docteur Julien Lasne, tu as été mon modèle de rigueur et de bienveillance envers les patients pendant ce tout premier semestre d'internat. Tu m'as accordé ta confiance alors que je n'étais encore qu'un bébé médecin et pour cela je te remercie.

Madame le Docteur Gwenaëlle Vinai Dourthe, je ne me serai jamais douté que le stage de pédiatrie que je redoutais tellement, me conduirait à toi ! Un grand merci de m'avoir montré une facette si colorée de la médecine générale.

Merci également au Docteur Personnic, Docteur De Riggi, Docteur Guillot, Docteur Rebouah et Docteur Laurent pour mon Saspas au cours duquel vous m'avez accordé votre confiance, et m'avez partagé votre savoir.

Je tiens également à remercier les médecins et les équipes rencontrés au cours de mes stages hospitaliers du CHITS et du CHH (urgences, infectiologie, nutrition).

Certaines rencontres marquent une vie et contribuent à votre construction personnelle. Ce fut le cas particulièrement de Mr MORNET et de Mme COMBARNOUS professeurs au collège de Beynost. Ces derniers m'ont appris la rigueur, la curiosité et m'ont initiée dès le plus jeune âge à la recherche et pour cela je les remercie. Je tiens à remercier également l'ensemble de mes professeurs de la maternelle à ce jour, sans qui je n'aurai sûrement pas trouvé ma voie.

Je pense également à mon pédiatre le Docteur PICHOT qui en plus d'être un excellent médecin, a su me communiquer l'envie de pratiquer ce magnifique métier.

J'aimerai ensuite remercier ma famille :

Je remercie mes parents et ma petite sœur qui ont été là pour me soutenir durant ces 25 longues années au domicile familial. Ils m'ont soutenue pendant ces moments si compliqués : la

première année que j'ai bien-sûr faite deux fois pour plus de plaisir, mais aussi toutes les autres années quand la mer était bien agitée. Je les remercie pour ces belles valeurs qu'ils m'ont inculquées, et ces moments de bonheur partagés en espérant qu'il y en ait encore un nombre incalculable ! Je remercie ma maman et mon papa relecteurs de thèse et correcteurs automatiques de fautes d'orthographe et ma sœur qui a accepté d'être ma co-codeuse pour cette thèse.

Je remercie ma belle-famille de m'avoir accueillie à bras ouverts dans cette belle région. Je pense à ce début d'internat notamment qui aurait pu être chaotique sans vous. Je ne remercie pas Paul.

Je remercie enfin mes amis, sans qui les années de médecine auraient été si dures et si fades : je pense à Christophe, à Romain et Cécile, RS, Thibs et Manon, mon Justin et Aubrée pour la team lyonnaise. Ils ont toujours été là pour me faire rire dans n'importe quelle situation. Je remercie également la team varoise d'avoir rendu cette région encore plus belle : Leila, Mélanie, Laurie, Grace, Clem, Sibylle, Anna, Sophie et Docteur Ben.

« Ground control to major Tom » : bien sûr je garde le meilleur pour la fin... Merci de m'avoir épaulée pendant ces longues heures d'écriture de thèse, d'avoir co-codé les verbatims avec moi pendant de longues heures et d'avoir été également mon relecteur. Merci d'avoir tenu la barque quand le vent soufflait trop fort... Merci tout simplement d'être là et merci d'être toi. Tommy-Parfait, tu mérites bien ton surnom, tu nourris ma curiosité au quotidien, tu m'accompagnes dans mes moments de folie et me réconfortes quand l'horizon s'assombrit. Pour résumer : on forme une superbe équipe merci d'être si génial !

Table des matières

I.RESUME :	- 3 -
II.INTRODUCTION :	- 4 -
1. PREAMBULE :	- 4 -
2. LA TELEMEDECINE, DEFINITION :	- 6 -
3. TELEMEDECINE, UN POINT HISTORIQUE :	- 7 -
4. LEGISLATION AUTOUR DE LA TELEMEDECINE :	- 8 -
5. LA COVID19, UN TREMLIN POUR LA TELEMEDECINE :	- 9 -
6. DEMOGRAPHIE MEDICALE DU VAR :	- 10 -
7. JUSTIFICATION ET PRESENTATION DE LA THESE :	- 12 -
A) EXPLORATION DU POINT DE VUE DES MEDECINS :	- 12 -
B) EXPLORATION DU POINT DE VUE DES PATIENTS :	- 13 -
8. OBJECTIF PRINCIPAL :	- 14 -
III.METHODE :	- 15 -
1. MOTS DE RECHERCHE :	- 15 -
2. CHOIX DE LA METHODE :	- 15 -
3. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON :	- 15 -
4. CRITERES D'INCLUSION :	- 16 -
5. CRITERES D'EXCLUSION :	- 16 -
6. LES ENTRETIENS :	- 16 -
A) LE LIEU :	- 16 -
B) LE CONSENTEMENT :	- 17 -
C) L'ORGANISATION DE L'ENTRETIEN :	- 17 -
D) LE GUIDE D'ENTRETIEN :	- 17 -
7. RECUEIL DE DONNEES :	- 18 -
8. PROTECTION DES DONNEES :	- 18 -
IV. RESULTATS :	- 19 -
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE ET DES ENTRETIENS :	- 19 -
2. RESULTATS DE L'ETUDE :	- 19 -
I. LES BENEFICES DE LA TELECONSULTATION :	- 19 -
A) UN BENEFICE TEMPOREL :	- 19 -
B) UN ENJEU SCIENTIFIQUE :	- 21 -
C) UN ECRAN PROTECTEUR :	- 23 -
D) UN ENTRETIEN DE LA RELATION MEDECIN-PATIENT :	- 24 -
II. L'ORGANISATION DE LA TELECONSULTATION :	- 26 -
A) LES PROTAGONISTES :	- 26 -
B) LE LIEU :	- 30 -
C) LES MOTIFS DE CONSULTATION :	- 33 -
D) LA DUREE DE CONSULTATION :	- 37 -

III. LE FONCTIONNEMENT DE LA TELECONSULTATION :	- 37 -
A) LES PREREQUIS :	- 37 -
B) UNE DESCRIPTION DE LA CONSULTATION :	- 39 -
C) L'APPLICATION :	- 42 -
IV. LES LIMITES DE LA TELECONSULTATION :	- 43 -
A) UN ACCES LIMITE PAR CERTAINS FACTEURS :	- 43 -
B) L'ECRAN -BARRIERE :	- 45 -
C) LES DEVIANCES :	- 48 -
<u>V. DISCUSSION :</u>	<u>- 50 -</u>
1. LES BIAIS, LES LIMITES, LES FORCES DE CETTE ETUDE :	- 50 -
A) LES FORCES :	- 50 -
B) LES BIAIS :	- 50 -
i. Biais d'interprétation, d'information :	- 50 -
ii. Biais de sélection :	- 50 -
iii. Biais de mémoire :	- 51 -
C) LES LIMITES :	- 51 -
2. RESULTATS CONFRONTES AUX DONNEES DE LA LITTERATURE :	- 52 -
A) LES SOLUTIONS APPORTEES PAR LA TELECONSULTATION :	- 52 -
B) UNE CONSULTATION ET UNE RELATION EN RECONSTRUCTION :	- 54 -
C) LES LIMITES DE LA TELECONSULTATION :	- 56 -
D) LA TELECONSULTATION, OUTIL D'AVENIR :	- 58 -
<u>VI. CONCLUSION :</u>	<u>- 59 -</u>
ANNEXES :	- 65 -
LEXIQUE :	- 74 -

I.RESUME :

Teleconsultation: Patient's experiment and feelings after using telemedicine in the Var department.

Introduction: Teleconsultation is legally recognized by French government since 2018. In 2020, in order to provide care during the sanitary crisis of Covid-19, this type of exercise became more popular. If some studies describe medical feeling toward telemedicine's use, none have been relating patient's experiment already. The aim of this study is to assess patient's feelings and experiment after using teleconsultation in the Var department between may 2020 and march 2021.

Method: This qualitative study is a phenomenological analysis of semi-structured interviews based on an « interview guide ». We included 21 patients who used teleconsultation within 2 months with doctors working in the Var department. A thematic analysis of all the interviews had been done by double coding using Nvivo©. A triangulation of results had been done with published studies and literature data.

Results: Most of patients interviewed were satisfied by their teleconsultation. Telemedicine avoids travel and permits time saving. Patient's home is a reassuring place providing them continuity of care even in epidemic context. The consultation's organization has to be rethought: places chosen, reasons for consultation, and role of each protagonist has to be redefined. The good execution of teleconsultation is based on patient's investment and good computer equipment. However, users have to be watchful with misuses that can be encouraged by the dehumanization of doctor/patient relationship feeling.

Conclusion: Teleconsultation's use has been encouraged by sanitary crisis since it permitted to facilitate care access. In Digital Age, telemedicine has been well received by patients who would even like to go further with connected accessories. However, teleconsultation needs to redefine each protagonist's role within a new dematerialized doctor/patient relationship. If telemedicine isn't devoted to replace face-to-face consultation, it has to be considered as a complementary tool of traditional medicine.

Key-words: Telemedicine, teleconsultation, doctor-patient relationship, remote consulting, patient experience, qualitative study, healthcare access.

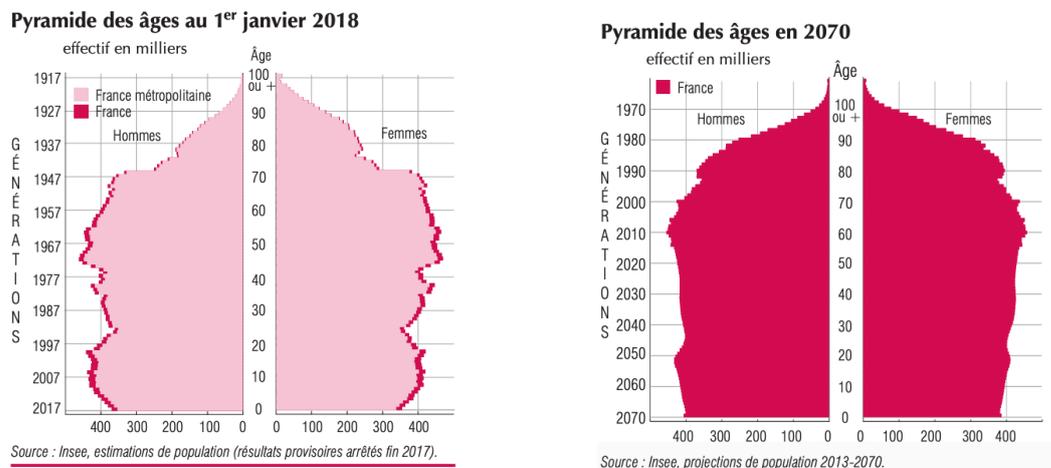
II. INTRODUCTION :

1. Préambule :

Ces dernières années en France, un nouvel outil technologique s'est doucement frayé un chemin jusqu'aux cabinets médicaux : la téléconsultation. Initialement boudée par le corps médical, pensant cet outil déshumanisant pour la profession (1), elle a progressivement gagné du terrain, semblant être un outil prometteur afin de gommer les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire (2).

Sur le plan démographique, ces dernières années, nous assistons à une période de vieillissement global de la population : le Papy-boom. Cette période aurait débuté, selon les épidémiologistes, en 2006 et devrait se poursuivre jusqu'en 2025 dans le meilleur des cas si l'on en croit la cinétique des courbes démographiques actuelles. Elle est la résultante de plusieurs paramètres démographiques entremêlés : le phénomène de « baby-boom » ayant succédé à la deuxième guerre mondiale, le faible taux de natalité en France qui est inférieur à 2 enfants par femme depuis les années 1980, et enfin, l'allongement de l'espérance de vie.

Selon l'Insee, au 1^{er} janvier 2018 la France dénombrait 67,187 millions d'habitants dont les personnes de plus de 65 ans représentaient 19,6% contre 18,8% il y a deux ans. Les projections de l'Insee montrent également qu'en 2070 les personnes de plus de 60 ans représenteront 34,5% de la population générale, contre 25,6% en 2018, comme on peut l'observer sur la Figure 1 (3).



Face à une patientèle vieillissante, moins mobile, et présentant de nombreuses comorbidités, une augmentation de la demande de soins est donc à prévoir au cours des prochaines années.

Par ailleurs, le monde médical assiste, lui aussi, à un vieillissement progressif de ses médecins, avec un nombre important de départs en retraite chaque année, sans nette augmentation subséquente du numérus clausus. Pour l'heure, selon l'Insee, le nombre d'omnipraticiens en âge d'exercer se maintient à 102 300 médecins généralistes sur le sol français. La densité médicale des dernières années reste stable autour de 337 médecins pour 100 000 habitants environ. Cependant l'ensemble du territoire Français fait preuve d'un manque d'homogénéité à cet égard (Figure 2)(4). Enfin, les nouvelles exigences quant à la qualité de vie, en lien avec la féminisation de la profession, ainsi que la surspécialisation des médecins, complexifient l'accès aux soins (5).

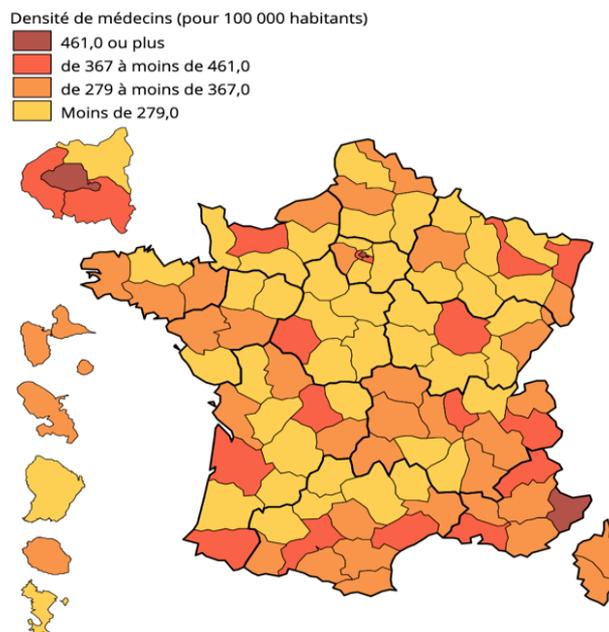


Figure 2- Densité médicale française en 2018 selon les départements

L'une des solutions prometteuses proposée par l'assurance maladie afin d'assurer la permanence des soins, malgré les soucis organisationnels énoncés précédemment, pourrait être la téléconsultation.

En effet, elle semble être un bon moyen pour pallier l'isolement géographique, tout en évitant de nombreux déplacements. Elle permettrait donc un gain de temps non négligeable pour le corps médical ainsi que la réalisation d'économies pour l'Assurance maladie.

Par ailleurs, beaucoup de médecins, initialement réticents à ce type de pratique, y ont été confrontés par la force des choses pendant la crise de la Covid-19 dont la première vague a débuté en mars 2020 en France. Cet outil a permis ainsi aux patients les plus fragiles d'être préservés des maladies transmissibles fréquemment rencontrées dans les salles d'attente mais aussi de leur assurer un suivi au domicile tout en évitant d'avoir recours systématiquement à une hospitalisation. Cela a été bénéfique également aux médecins, qui, initialement

dépourvus de moyens de protections sanitaires décentes (pénurie de masque à usage unique ainsi que de gel hydro alcoolique) ont pu appliquer via cet outil les règles de distanciation sociale. Cela leur a également permis d'avoir accès à une meilleure coordination de soins. C'est ainsi que la pratique de la téléconsultation s'est généralisée sur le territoire français, semblant répondre favorablement à beaucoup de problématiques actuelles.

2. La télémédecine, définition :

La télémédecine est définie par le code de la santé publique (article 78 :Art L, 6316-1) comme étant « *la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par tout professionnel de santé faisant appel aux technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* » (6,7)(8).

Selon le CNOM il convient d'ajouter à cette définition la compliance stricte envers le code déontologique, et, notamment, le respect du secret médical. De plus, cette consultation doit se dérouler de manière identique à une consultation présenteielle notamment en terme de qualité et ne pas en être une forme dégradée (9).

Par ailleurs, selon le Code de Santé Publique, la téléconsultation a pour but « *d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.* » (7,8)

Le Code de la Santé Publique définit 5 sous-classes de la télémédecine (10).

- **La télé-expertise** qui se définit par la présence d'un médecin prenant l'avis d'un confrère spécialiste concernant le dossier d'un de ses patients. Cette pratique ne faisant pas l'objet d'une quelconque rémunération pour le moment, elle permet cependant d'accélérer la prise en charge du patient dans une démarche pluridisciplinaire.
- **La téléconsultation** mettant en relation un médecin et son patient de manière synchrone, via un outil technologique de communication permettant de définir une conduite à tenir sur le plan médical.

- **La télésurveillance**, qui permet d’interpréter des données recueillies par le biais de la surveillance du patient sur son lieu de vie.
- **La téléassistance**, qui permet la réalisation d’un acte avec l’aide d’un confrère situé à distance.
- **La régulation** qui permet à un médecin régulateur du centre 15 de délivrer par téléphone un avis médical, un conseil et/ou une orientation vers la structure de soins la plus adaptée.

Ce sujet de thèse focalisera uniquement sur la sous classe de la téléconsultation.

3. Télémédecine, un point historique :

Contrairement à ce que l’on pourrait imaginer, la téléconsultation ne date pas d’hier. En effet elle a été décrite pour la première fois au XVIIIème siècle, bien avant l’arrivée de l’ordinateur. A cette époque il était fréquent de consulter son médecin par la voie épistolaire. Le patient envoyait une lettre au médecin expliquant ses symptômes et ce dernier lui adressait un *concilium*, en d’autres termes l’équivalent d’un compte rendu de consultation écrite comprenant : le diagnostic, l’analyse des symptômes, des indications et les remèdes préconisés (11). A partir du XIXème siècle, la médecine à distance est peu à peu abandonnée pour laisser place aux entretiens tels que nous les connaissons aujourd’hui comprenant l’examen clinique et l’auscultation, grâce au Docteur Laennec (12).

Au début du XXème siècle et plus précisément en 1906 au Pays-Bas, Dr Willem Einthoven, déjà connu mondialement pour être l’inventeur de l’électrocardiogramme, réalise ce qui s’apparente à l’un des premiers actes de télémédecine. En effet, il réussit à envoyer un électrocardiogramme de son laboratoire à l’hôpital de Leyde (13).

Les États-Unis sont également considérés comme les pionniers dans le domaine de la télémédecine puisque depuis la fin des années 50 ils assuraient déjà des consultations à distance dans le domaine de la psychiatrie de manière régulière.

Mais c’est en 1967 que dans cette même nation, l’équipement radio-interactif assurant les premières téléconsultations est installé par Kenneth Bird. Cet équipement permet dès lors d’assurer la liaison entre les hôpitaux de Boston et l’aéroport de Logan et ainsi de poser des diagnostics à distance (14).

Le 8 novembre 1994, une première démonstration de télémédecine intercontinentale à but interventionnel est réalisée. En effet un appareil de scanner se situant dans un hôpital français, l’hôpital Cochin à Paris est piloté par l’hôpital de l’Hôtel-Dieu à Montréal au Canada.

Enfin, en 2001 une opération de télé-chirurgie a lieu, plus connue sous le nom de « l'opération Lindbergh ». Cet acte impliquait un chirurgien : Pr Jacques Marescaux qui était physiquement à New York, et a dirigé à distance une opération se déroulant à Strasbourg via un robot chirurgical (15).

4. Législation autour de la télémédecine :

En France l'une des premières législations évoquant la télémédecine date du 13 août 2004 (Articles 32, 33 et 34 du Code de la Sécurité Sociale). Ces derniers stipulaient initialement que la télémédecine était définie comme un moyen d'effectuer un acte médical dans le respect du code déontologique. L'acte devait impliquer un patient et un médecin via un moyen de communication approprié. L'article 34 stipulait quant à lui qu'une ordonnance pouvait être télétransmise dans le respect de la confidentialité, sous réserve que l'on puisse identifier le prescripteur et qu'un examen clinique ait été réalisé sauf cas d'urgence (16).

Le 21 juillet 2009, une nouvelle loi redéfinit la télémédecine et abroge les articles 32 et 33. Il s'agit de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires). La définition devient alors celle que nous utilisons aujourd'hui (cf. Définition). Désormais les téléconsultations pourront être prises en charge par la sécurité sociale. Le remboursement sera, cependant, fixé par décret en prenant en compte le contexte géographique et la démographie médicale du lieu de résidence du patient (17).

Le décret du 19 octobre 2010 redéfinit les différentes manières d'exercer la télémédecine : téléconsultation, régulation, télé-expertise. Ce décret permet également de faciliter l'accès à la télémédecine puisqu'il lève l'obligation de réaliser un examen clinique physique préalablement nécessaire pour pouvoir facturer une consultation (18).

L'année 2018 est une année charnière pour la télémédecine. Dans un premier temps, la signature de l'avenant 6 de la convention médicale inscrit la téléconsultation et la télé-expertise dans le droit commun. Enfin, en septembre 2018, l'Assurance Maladie ouvre le remboursement à tout patient téléconsultant dans le respect du parcours de soins. Les conditions pour prétendre au remboursement sont les suivantes : la vidéo-consultation doit se dérouler avec un médecin rencontré en présentiel dans les 12 mois précédents, ou alors le patient doit avoir été orienté par le médecin traitant chez le médecin consultant. Font exceptions à ces règles : les patients âgés de moins de 16 ans, les consultations se déroulant avec des spécialistes à accès direct tels que le gynécologue, l'ophtalmologue, le psychiatre, le stomatologue, le chirurgien maxillo-facial ou encore le pédiatre. Font également exceptions les patients

n'ayant pas de médecin traitant déclaré ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé.

Le médecin consultant doit s'assurer de la sécurisation des données et le lieu de consultation doit être choisi avec soin pour garantir la confidentialité des échanges (19).

Enfin, afin de faciliter l'usage de la téléconsultation par les praticiens, la HAS édite en mai 2019 un guide de bonnes pratiques (20).

Le choix de recours à la téléconsultation est désormais celui du patient, qui, via le mode de prise de rendez-vous classique (secrétariat, ou plateforme médicale type Doctolib©) choisit le praticien qu'il souhaite consulter ainsi que le mode de rencontre désiré : présentielle ou vidéo, avec un médecin connu ou non. Dans un contexte de respect du parcours de soins, le patient sera donc remboursé. Le patient peut également décider d'avoir recours à la téléconsultation via des plateformes privées proposant des téléconsultations 7 jours sur 7 de type Qare© ou HelloCare©. Dans ce cas-là, il choisit un mode de consultation avec un médecin inconnu, dont le rendez-vous est presque immédiat, coûtant 29 à charge du patient (21).

5. La Covid19, un tremplin pour la télémédecine :

En décembre 2019, la ville de Wuhan en Chine est touchée par une épidémie de pneumonies sévères d'allure virale et d'étiologie inconnue. Le 9 janvier 2020 l'OMS reconnaît officiellement l'émergence d'un nouveau coronavirus à l'origine de cette épidémie : le Sars-Cov2 (ou Covid-19).

La Covid-19 se répand peu à peu sur le globe terrestre, responsable d'une pandémie qui est reconnue par l'OMS le 11 mars 2020.

En France, des mesures de distanciation sociale sont prises, un premier confinement est mis en place le 16 mars 2020, et les soins non urgents sont déprogrammés afin de prévenir la tension hospitalière et réduire la vitesse de propagation du virus sur le territoire (22).

Dans ce contexte infectieux, les hôpitaux et cabinets médicaux sont boudés par les patients : l'AP-HP dénombre depuis la mi-mars 2020 sur la période printanière, une baisse de 45% des fréquentations des urgences adultes et de 70% des urgences enfants par rapport à la même période en 2019 (23). Il en va de même pour les consultations chez le médecin généraliste. Qu'ils soient installés ou remplaçants, selon un sondage réalisé par le syndicat ReAGJIR le chiffre d'affaires a été divisé par deux en moyenne sur la période de confinement en comparaison avec la même période en 2019 (24).

La phase de confinement « stricte » prendra fin le 11 mai laissant place à une phase de déconfinement progressive par région. L'état d'urgence sanitaire sera levé le 9 juillet 2020 puis remis en place du 17 octobre 2020 au 1^{er} juin 2021.

Enfin, suite au rebond épidémique, deux nouveaux confinements nationaux plus souples sont décidés du 30 octobre au 15 décembre 2020, puis du 3 avril au 2 mai 2021 (25).

Afin de lutter contre la rupture de soins, le gouvernement et l'assurance maladie ont adopté plusieurs mesures favorisant l'accès aux soins à distance via la téléconsultation (26) :

- Les professionnels de santé peuvent utiliser comme outil de téléconsultation des applications « grand public » afin d'assurer le suivi de leurs patients atteints de Covid-19.
- Les actes de télé-soins sont remboursés à hauteur de 100% par l'assurance maladie.
- La téléconsultation est remboursée même chez les patients ne respectant pas le parcours de soin, y compris pour une première consultation.
- La consultation est prise en charge par l'assurance maladie même si elle se déroule par téléphone lorsque le débit internet n'est pas suffisant chez les patients en ALD, souffrant de la Covid19, chez les femmes enceintes ou chez les personnes de plus de 70 ans.

Grâce à ces mesures facilitant l'accès à la télémédecine entre autres, on observe sur cette période un véritable boom des téléconsultations : l'Assurance Maladie rembourse ainsi 5,5 millions d'actes de consultation à distance entre les mois de mars et avril 2020 allant jusqu'à un million d'actes hebdomadaires recensés au paroxysme de l'épidémie lors de la première vague (27)(28).

6. Démographie médicale du Var :

Nous allons désormais nous recentrer géographiquement à l'échelle de notre département : le Var. Ce département est l'un des plus concernés par le vieillissement de la population. En effet, la Côte d'Azur offrant un climat clément tout au long de l'année, elle est une région très prisée des retraités. Au contraire, l'offre d'emploi étant limitée, les personnes jeunes et actives ont tendance à quitter le Var pour des régions plus prometteuses sur le plan professionnel.

Selon l'Insee en 2017, une densité de retraités de 32,7% était observée dans le Var contre 26,9% en France. La figure 3 nous montre également qu'en 2017 la densité de population ayant 75 ans et plus dans le Var était plus représentée que sur le reste du territoire français en moyenne (12,4% contre 9,3 % soit +3,1% de patients de plus de 75 ans dans le Var par rapport à la moyenne nationale). On observe le même phénomène pour la tranche d'âge de 64 à 75 ans, avec +3,6% dans le Var par rapport au reste de la France. En revanche, les classes de population de moins de 15 ans et de 15 à 29 ans sont moins représentées dans le Var que dans le reste de la France avec respectivement -2,5% et -2,9% (29).

Population totale et répartition par tranche d'âge

Catégorie	Nombre		%	
	Var	France	Var	France
Moins de 15 ans	166 627	12 176 972	15,7	18,2
15 à 29 ans	155 978	11 766 325	14,7	17,6
30 à 44 ans	180 733	12 557 119	17,1	18,8
45 à 59 ans	214 271	13 276 608	20,2	19,9
60 à 74 ans	210 084	10 806 601	19,8	16,2
75 ans et plus	131 046	6 197 232	12,4	9,3
Total	1 058 739	66 780 857	100,0	100,0

2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017

Source : INSEE - 2017

Tableau 3- Population totale et répartition par tranche d'âge dans le Var en 2017

Si le nombre d'ALD ne cesse d'augmenter en France depuis les années 2010, le graphique de la figure 4 nous montre que la croissance est encore plus rapide dans notre département. En 2010, la part des bénéficiaires d'ALD était déjà plus importante dans le Var (18,4%) que dans le reste de la population française (16,1%). En 2019, l'écart se creuse puisque les bénéficiaires d'ALD représentent désormais 25,6% de la population varoise, contre 21,3% de la population française, soit un différentiel de +4,3%.

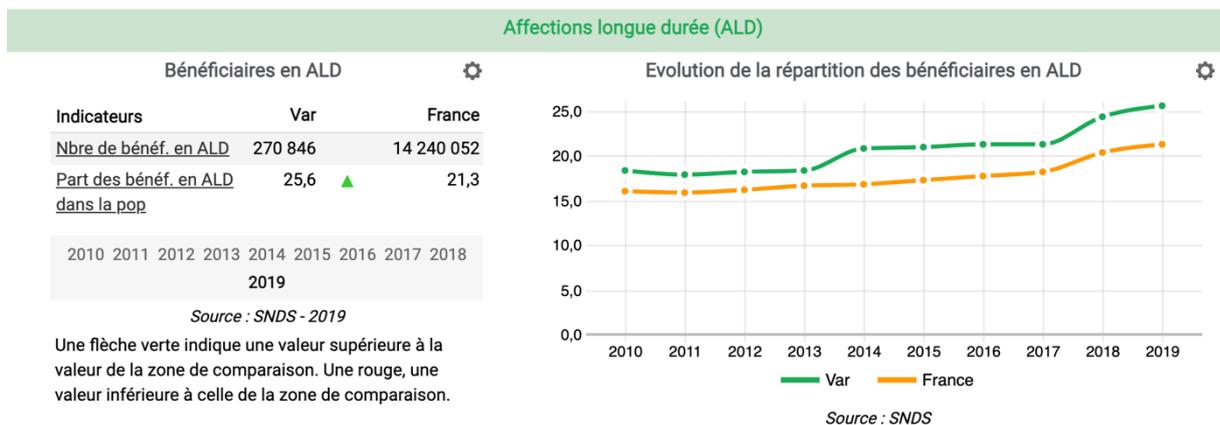
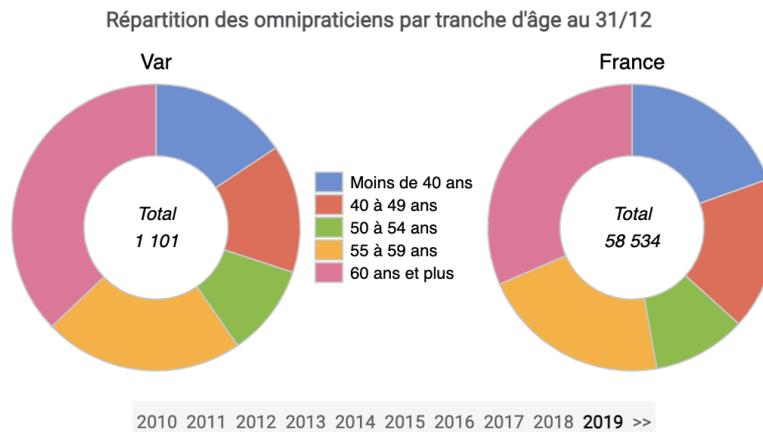


Figure 4 – Évolution de la répartition des bénéficiaires en ALD dans le Var en 2019

En revanche, la densité de médecins, elle, reste globalement stable sur les 10 dernières années sur l'ensemble du territoire, avec une moyenne de 10 omnipraticiens pour 10 000 habitants (30). Cependant, lorsque l'on regarde plus en détail les caractéristiques des omnipraticiens exerçant sur le sol français et notamment dans le Var les chiffres sont un peu plus inquiétants.



Source : FNPS - 2019

Graphique 5 – Répartition des omnipraticiens par tranche d'âge en France et dans le Var en 2019

Le graphique 5 montre que plus de la moitié des médecins généralistes exerçant en France ont 55 ans et plus, et si l'on s'intéresse aux chiffres de manière plus détaillée le constat est sans appel : 59,5% des omnipraticiens varois ont plus de 55 ans et on dénombre 4 médecins varois sur 10 ayant plus de 60 ans à ce jour. De très nombreux départs en retraite sont donc à prévoir au cours des 10 années à venir (29).

Enfin, la profession s'est nettement féminisée au cours des dernières années en France. En 1990, à l'échelle nationale, on dénombrait 16% de femmes médecins contre 33% en 2012. Les derniers rapports du CNOM de 2020 montrent que 65% des médecins de moins de 40 ans sont des femmes (31). Si l'on s'intéresse à la démographie médicale du Var, on constate qu'aujourd'hui, 39% des médecins sont de sexe féminin (30). Ceci aura donc un impact majeur sur la profession, puisque selon les sondages, une femme médecin travaille en moyenne 6 heures de moins par semaine que son homologue masculin. Une pénurie de médecins est donc à prévoir au cours des prochaines années (32).

7. Justification et présentation de la thèse :

Face à la recrudescence d'usage de la télémédecine, il semble important d'évaluer cet outil auprès des principaux usagers. D'un côté, les médecins dont de nombreuses études abordent le ressenti, et de l'autre, les patients dont le vécu a été peu abordé et étudié.

a) Exploration du point de vue des médecins :

Dans la littérature on observe quelques études qualitatives dont les résultats montrent que la télémédecine évoque chez les praticiens une forme de curiosité. Cet outil permettrait selon eux, de maintenir un lien tout en limitant les

déplacements, notamment chez les personnes les plus âgées et les plus vulnérables. Par ailleurs, la téléconsultation serait l'espoir d'une meilleure coordination de soins et plus particulièrement dans des zones sous dotées.

En revanche il existe une peur de perte de temps avec des consultations chronophages et une appréhension de l'évolution des pratiques vers une « consultation en mode dégradée » du fait de l'absence d'examen clinique, parfois même comparée à de la « médecine vétérinaire » (33–35).

Chez nos voisins européens, en Norvège, le constat est similaire. Bien que conscients des avantages en termes d'organisation, et de facilitation d'accès aux soins, les médecins généralistes restent réticents à l'usage de la télémédecine (36).

L'ensemble des études et thèses quantitatives observées rapportent des résultats similaires évoquant une certaine réticence des médecins quant à l'usage de la téléconsultation. La thèse de Mr Ameur RH, de 2020, s'intéresse à des consultations téléphoniques, et montre que 21 des 38 médecins interrogés considèrent la téléconsultation comme un outil dangereux pour le patient ainsi que pour le praticien du point de vue médico-légal. Par ailleurs, seuls 4 de ces 38 médecins envisagent de téléconsulter à l'avenir (37). Une thèse réalisée en 2019 auprès de 49 médecins dans le Puy-de-Dôme montrait également que 60,9% d'entre eux étaient défavorables à l'usage de la téléconsultation. Les raisons énoncées étaient majoritairement la déshumanisation de la relation ainsi que l'inquiétude quant au coût de l'installation du logiciel (1).

En revanche, la thèse de Mme Didier en 2015 se veut plus optimiste puisque 50% des médecins lorrains interrogés étaient favorables à l'usage de la télémédecine (38).

Enfin, si l'on s'intéresse aux derniers sondages de l'ANS réalisés auprès de 254 médecins français en juillet 2020 : 70% avaient utilisé la téléconsultation contre 13% en 2019. Par ailleurs, 75% des interviewés en étaient satisfaits. Enfin, les freins à la téléconsultation identifiés étaient le manque d'équipement pour 40% des médecins, la déshumanisation de la relation à 30% et l'incertitude d'un e-diagnostic à 19% (39).

b) Exploration du point de vue des patients :

En revanche, peu de travaux ont été réalisés sur le sujet du ressenti côté patients. Sur les bases de données explorées nous retrouvons :

- La thèse qualitative de Rosaz N. et Truong F. s'intéressant au vécu de résidents d'EHPAD Tarentais ayant bénéficié d'une téléconsultation qui montrait des retours d'expérience positifs de la part des résidents, heureux de ne pas avoir à se déplacer, mais dont les échanges ont été limités par des troubles cognitifs (40).

- La thèse qualitative de Roca E. s'intéressant de manière rétrospective au point de vue de patients sur la télémédecine via des forums en ligne, montrait des patients satisfaits par cet outil qui, selon eux, facilite l'accès aux soins et offre une meilleure prise en charge dans des délais plus courts. En revanche, les dysfonctionnements, la déshumanisation de la relation et le risque d'erreurs médicales en limitaient l'accès (41).

Enfin, les deux derniers sondages de l'ANS réalisés en novembre 2019 puis en juin 2020 se sont intéressés à l'avis de 2010 français concernant la télémédecine. Les interviewés étaient favorables à la télémédecine à 63%, en partie pour son côté rapide, sûr et fonctionnel. Cependant seuls 13% des interviewés avaient bénéficié d'une téléconsultation en 2020 versus 6% en 2019, craignant une consultation virtuelle moins efficace et déshumanisée. L'utilisation de la télémédecine était, selon les patients, pertinente pour poser une question à son médecin, gérer des demandes administratives, effectuer un renouvellement d'ordonnance, poser des questions sur un examen complémentaire, ou en cas de « symptômes légers » (39).

Cette thèse est donc novatrice puisqu'elle s'intéresse au vécu, au ressenti des patients, encore peu étudié dans la littérature jusqu'à aujourd'hui, alors qu'ils sont pourtant les protagonistes principaux de cette nouvelle « e-relation » en construction. De plus, cette thèse s'inscrit dans un contexte historique singulier puisque les inclusions ont débuté au cours de la crise sanitaire de la Covid-19 qui a été un réel tremplin à l'usage de la télémédecine par les patients. Une exploration approfondie de leur vécu et ressenti semble donc indispensable pour le corps médical afin d'adapter nos règles de bonnes pratiques.

8. Objectif principal :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le ressenti, le vécu et les représentations des patients ayant bénéficié d'une téléconsultation dans le Var entre mai 2020 et mars 2021.

III.METHODE :

1. Mots de recherche :

Télémédecine, téléconsultation, relation médecin-patient, consultation à distance, vécu patients, e-santé, recherche qualitative, accès aux soins.

2. Choix de la méthode :

Afin de répondre au mieux à la question de recherche posée, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé, par analyse phénoménologique et interprétative du vécu des patients vis-à-vis de la téléconsultation. Ce modèle d'étude a été choisi puisque c'est celui qui permet de recueillir au mieux le ressenti, le vécu et le retour d'expérience des patients. Ce travail a été réalisé dans le respect des critères de qualité de la grille COREQ ([annexe 1](#)).

3. Constitution de l'échantillon :

La période d'inclusion a débuté le 1^{er} mai 2020 et s'est terminée le 3 mars 2021, le début d'inclusion ayant eu lieu pendant la première période de confinement.

La méthode d'inclusion relevait d'un mode d'accès indirect, simplement via le « bouche à oreille ». Les interviewés étaient adressés par une tierce personne : médecin traitant ou interviewé eux-mêmes par effet « boule de neige ».

En effet via le réseau de praticiens constitué au cours de son internat, et via l'application Doctolib®, l'auteur a pu rencontrer des médecins spécialistes et généralistes réalisant des téléconsultations.

Nous contactons donc, un à un les praticiens qui envoyaient une liste non exhaustive de quelques patients (4 patients en moyenne par praticien) ayant bénéficié d'une téléconsultation récente datant de moins de 2 mois.

Ensuite nous contactons de manière aléatoire 2 des 4 patients listés qui donnaient leur accord ou non pour être inclus dans l'étude, puis nous fixions un rendez-vous selon les disponibilités de chacun afin de réaliser l'entretien.

Enfin, nous demandions à l'issue des entretiens aux patients s'ils connaissaient une personne de leur entourage ayant réalisé une téléconsultation et souhaitant éventuellement participer à l'étude.

Les critères définis afin d'obtenir un échantillonnage en variation maximale étaient :

- Des tranches d'âges variées,
- Un équilibre homme-femme,

- Des patients provenant de milieux socio-économiques différents (CMU),
- Ils devaient provenir de lieux géographiques différents (rural, urbain, semi-rural),
- Les motifs de recours à la téléconsultation devaient être variés :
 - Pathologie somatique ou psychiatrique aiguë,
 - Pathologie chronique équilibrée ou non (ALD),
 - Suivi de patient présentant une affection à la Covid-19,
 - Consultation de suivi chez un spécialiste.

4. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion retenaient les patients ayant bénéficié d'une téléconsultation, quelle que soit sa forme dans les 2 mois précédant la date de l'entretien, afin de minimiser le biais de mémoire. Il pouvait s'agir indifféremment d'une consultation avec un spécialiste ou avec un médecin généraliste. Les patients devaient avoir donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Enfin le médecin consulté devait exercer dans le Var.

5. Critères d'exclusion :

Étaient exclus les patients suivants : `

- Patients mineurs
- Patients majeurs sous mesure de protection juridique (de type tutelle)
- Les patients non francophones.
- Les patients présentant un trouble majeur de l'audition.
- Les patients présentant une altération manifeste et connue des fonctions supérieures (démence, trouble cognitifs, troubles mnésiques, Alzheimer...)
- Les patients présentant des troubles psychiatriques les empêchant de suivre un entretien entier.
- Les patients ayant des troubles de l'élocution empêchant l'entretien téléphonique.

6. Les entretiens :

a) Le lieu :

Pour réaliser cette étude des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Le lieu de l'entretien était décidé par le patient lui-même.

Il pouvait choisir entre :

- Un entretien en présentiel, dont le lieu était défini par le patient (son domicile ou celui de l'interrogateur, le cabinet médical, un lieu neutre...)

- Un entretien par visioconférence via l'application de son choix (Whatsapp©, Facetime©, Skype©...)

L'ensemble des patients inclus ont souhaité réaliser des entretiens par visioconférence compte tenu du contexte sanitaire.

b) Le consentement :

Une feuille de consentement avec notice d'information était envoyée par e-mail aux patients avant l'entretien. Afin de conserver l'anonymat, les grandes lignes de la feuille de consentement étaient reprises lors du début de l'entretien par l'investigateur, puis le consentement était ensuite donné à l'oral par l'interviewé.

c) L'organisation de l'entretien :

Les entretiens se découpaient ainsi en trois phases.

La première étape consistait en la présentation concise du sujet de l'étude et de ses objectifs. Elle permettait l'obtention orale du consentement via la présentation des droits de l'interrogé. Enfin, elle permettait d'obtenir une présentation succincte du sujet soumis à l'étude, notamment sur le plan socio-professionnel, via des questions précises et ciblées (âge, sexe...).

La seconde étape consistait en une phase d'expression libre du patient sur la téléconsultation, lui permettant de s'exprimer le plus spontanément possible.

Enfin, la troisième étape abordait des questions plus ciblées sur des sujets, thèmes non abordés spontanément par le patient lors de la phase d'expression libre, toujours en utilisant des questions ouvertes afin de ne pas influencer le discours de l'interviewé.

d) Le guide d'entretien :

Un guide d'entretien a été créé au début de l'étude basé sur plusieurs données de la littérature. Nous nous sommes appuyés sur les questionnaires de différentes thèses notamment : « Actes de télémédecine dans 3 EHPAD Tarentaises » (40,42). Nous nous sommes également basés sur la grille d'évaluation de téléconsultation éditée par l'HAS dans son « Guide de qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise » (33,40,43).

Notre guide a ensuite été modifié et réadapté au fil des entretiens. Il comprenait des questions ouvertes, d'abord générales dont une question « brise-glace » assez large mais personnelle, permettant ainsi au sujet interviewé de s'exprimer librement sur sa propre téléconsultation.

S'ensuivaient des questions dirigées qui abordaient les thèmes suivants : la durée de consultation, la découpe de la consultation, la compréhension globale du patient de cette téléconsultation, les difficultés rencontrées, les avantages ou inconvénients de la téléconsultation, le ressenti face à l'absence physique de médecin dans la pièce, les sentiments et émotions ressentis au cours de la consultation, le délai d'obtention d'une téléconsultation, la méthode de règlement, la réception des ordonnances et des divers documents et enfin le sentiment vis-à-vis de la sécurisation des données. Toutes ces questions sont disponibles sur le guide d'entretien ([annexe 2](#)).

7. Recueil de données :

Les entretiens étaient enregistrés sur 2 dictaphones distincts : celui de l'ordinateur via l'application « Enregistreur Facile » et sur celui de la tablette via l'application « Enregistreur ».

Ils étaient ensuite immédiatement rendus anonymes, et retranscrits manuellement de manière la plus fidèle possible sur un fichier Word© sous forme de verbatim. Dans un souci de lisibilité les parasites de langage (bégaiement, répétitions) n'ont pas été retranscrits. Les entretiens ont été stoppés au moment d'arriver à la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'apparaissait plus de données nouvelles au cours de 2 entretiens consécutifs.

L'interprétation des données était réalisée en double codage par analyses thématiques. Le premier codage effectué sur le logiciel Nvivo©, par l'auteur. Le second codage a été effectué par deux tierces personnes : Mme Vitali Julia sur les premiers entretiens, puis a été réévalué par Mr Handwerk Tom sur l'ensemble du travail. Ces codages ont été effectués à mesure de l'avancée des interviews afin de pouvoir réajuster régulièrement le guide d'entretien. Ils ont été classés en catégories en fonction des idées qu'ils dégagent, puis ces catégories étaient regroupées en thèmes. Enfin, les données ont été triangulées avec les données de la littérature afin de limiter les biais d'interprétation.

8. Protection des données :

Les entretiens ont été rendus anonymes. Les données n'étant pas considérées comme sensibles, et le sujet ne concernant pas des personnes « fragiles », l'accord préalable du comité d'éthique, de la CNIL ou du CPP n'était donc pas nécessaire. Par ailleurs, les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

IV. RESULTATS :

1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens :

Vingt et un entretiens ont été réalisés. La saturation des données a été obtenue à partir du 19^{ème} entretien, il a donc fallu 2 entretiens supplémentaires afin de confirmer l'absence de nouvelles idées. Les entretiens allaient de 15 à 32 minutes avec une moyenne de 23 minutes.

Les caractéristiques de la population étudiée étaient variées et sont présentées dans le tableau des caractéristiques en annexe ([annexe 4](#)). On peut observer que l'âge des patients interrogés variait de 19 à 82 ans. Par ailleurs, les patients provenaient de différents horizons : milieu rural, semi-rural et milieu urbain avec une surreprésentation du milieu urbain en ce qui concerne les caractéristiques géographiques. Participaient à cette étude : des retraités, des personnes à mobilité réduite, des patients en ALD, des patients sans emploi, des salariés, ainsi que des fonctionnaires. Cette étude interrogeait des patients ayant consulté pour divers motifs : pathologie chronique, problème aigu, surveillance dans le cadre d'une infection à Covid19, consultation pédiatrique, consultation avec un spécialiste (allergologue, endocrinologue). Par ailleurs, certains patients avaient demandé la téléconsultation et certains autres se l'étaient vu proposer par leur médecin.

2. Résultats de l'étude :

L'analyse des entretiens nous a conduit à identifier 4 grands thèmes abordés par les patients ([annexe 5](#)) :

I. Les bénéfices de la téléconsultation :

a) Un bénéfice temporel :

i. Un gain de temps :

Les patients interrogés étaient globalement très satisfaits de leur expérience en téléconsultation. Il découlait des entretiens des retours positifs au sujet du gain de temps apporté par cet outil aux utilisateurs. Les patients ont apprécié le côté immédiat, instantané de la téléconsultation :

E3 : « *En fait j'ai l'impression que tout va plus vite.* »,

E8 : « *On prévoit l'heure et aussitôt crac ! Le médecin appelle on se voit tout de suite, ça marche, on dit ce dont on a besoin.* »

Ce côté immédiat leur permet de ne pas manquer le travail, et de ne pas avoir à poser un jour de congé dédié afin de rencontrer le médecin :

E14 : « *J'arrive toujours à me trouver un quart d'heure pour me connecter en visio pour faire une consultation même en début d'après-midi quand je suis au travail.* »

Les interviewés rapportent gagner du temps en amont de la consultation :

- E3 compare la préparation s'orchestrant avant une téléconsultation...

E3 : « *Je suis chez moi je peux être en train de déjeuner ou de travailler et je m'arrête trois minutes avant pour me connecter.* »

- Versus la préparation avant une consultation classique :

E3 : « *On vient forcément avant, personnellement je viens toujours au moins 10min avant, et avant ça on est parti de chez soi...* »

Un gain de temps qui serait également bénéfique pour le médecin :

E15 : « *Ça peut lui faire gagner du temps pour consacrer un peu plus de temps au patient suivant.* »

ii. Une meilleure disponibilité :

Outre le gain de temps, les interviewés relatent une impression de meilleure disponibilité du médecin lors de l'usage de la téléconsultation :

E2 : « *Ça évite peut-être des attentes étant donné que lorsque le médecin nous contacte, il est disponible, donc il y a moins de retard !* »

E11 : « *Ça permet un accès direct au médecin et à la santé.* »

Ce sentiment de disponibilité s'explique par le fait que le patient a un recours direct au médecin sans passer par un tiers (exemple : la secrétaire), permettant également d'éviter une perte d'information :

E12 : « *Au lieu de laisser un message à la secrétaire et qu'il faut lui répéter car elle n'est pas médecin - ça peut être compliqué ou mal retranscrit - au lieu de faire ça, on peut prendre rendez-vous dans ce contexte.* » (Sous-entendu : en téléconsultation)

Il s'explique aussi par un délai de rendez-vous plus court en téléconsultation, souvent accessible le jour même :

E3 : « Souvent il faut attendre 2, 3 jours pour une consultation alors que là en téléconsultation je peux prendre le rendez-vous le lendemain. »

b) Un enjeu scientifique :

i. *Sur le plan sociodémographique : une réduction des inégalités*

Les personnes interviewées ont noté un intérêt à l'usage des téléconsultations afin de réduire les inégalités sociodémographiques. Cet outil serait utile d'une part pour pallier le manque de médecins, dont l'exercice tend à réduire le nombre de visites à domicile faute de temps :

E6 : « C'est un système d'avenir parce que compte tenu du fait que beaucoup de régions maintenant manquent de médecins... »

E14 : « De plus en plus les médecins ne se déplacent plus à domicile. »

D'autre part, la téléconsultation permettrait d'assurer un accès aux soins aux personnes isolées géographiquement :

E1 : « Cela pourrait éviter des déplacements à des personnes sur des territoires parfois éclatés, je pense au Haut-Var ou même des territoires en France où il y a peu de médecins. »

Par ailleurs, la télémédecine permettrait un accès facilité aux soins pour des personnes dont la mobilité est réduite :

E3 : « Ça pourrait être un avantage pour plein de gens par exemple : les gens qui ne peuvent pas se déplacer, qui n'ont pas le permis ou qui n'ont pas de voiture, les personnes âgées... »

- Pour des personnes à mobilité réduite de manière permanente :

E5 : « J'ai fait plusieurs téléconsultations... parce qu'en fait moi je suis en fauteuil roulant. »

- Ou bien temporaire :

E10 : « Je m'étais coincé le dos et de facto c'était plus facile de réaliser une téléconsultation plutôt que de me déplacer. »

ii. Un enjeu écologique : limitation des déplacements

Si certains interviewés ont fait part de leurs inquiétudes quant à l'absence de responsabilisation écologique en lien avec les transports :

E3 : « *Plein de gens se sont rendu compte qu'ils se déplacent pour aller à un rendez-vous à des dizaines de kilomètres alors qu'on peut faire certaines choses en visio et que ça donne le même résultat.* »

Les autres interviewés se contenteront de citer l'absence de déplacement comme avantage majeur de la téléconsultation à titre personnel :

E4 : « *Le seul stress lié au cabinet médical c'est le déplacement.* »

E9 : « *Vu mon âge et du fait que je ne suis pas d'une très grande vélocité si on peut dire, donc si je peux économiser des jambes je le ferai.* »

iii. Un enjeu médical : une cyber-médecine en plein essor

Les interviewés voient la téléconsultation comme une évolution inévitable de la médecine vers la modernisation à l'ère du numérique. Certains y voient une avancée réelle :

E9 : « *Je considère que par rapport à l'ancien temps c'est une plus-value pour le corps médical de pouvoir faire ça.* »

D'autres se montrent un peu plus tempérés :

E18 : « *Je ne pense pas que ce soit la médecine de demain, enfin je l'espère ...* »

Cette avancée technologique a été propulsée par la crise de la Covid-19 et le confinement :

E2 : « *En dehors du problème du confinement qui est quand même pour 90% la raison d'être de cette mise en place...* »

Mais pour l'heure, la téléconsultation reste rudimentaire en termes d'équipement. Certains font références à des outils non accessibles au grand public :

E17 : « *Est-ce qu'on pourra faire un jour des outils connectés pour écouter les poumons ? A voir, mais pour écouter le dos parfois ça peut être compliqué à positionner...* »

Les patients rêvent d'objets connectés futuristes qui seront peut-être nos outils de demain ...

E8 : « *Si elle veut écouter mon cœur comme je suis cardiaque on peut peut-être trouver un truc pour qu'elle entende avec le téléphone portable [...] un système avec un microémetteur.* »

E15 : « *On pourra avoir un électrocardiogramme à domicile, est-ce qu'on pourra se brancher sur des appareils autres plus sophistiqués ?* »

c) Un écran protecteur :

i. *Un écran barrière de contagion :*

Comme dit précédemment, les patients ont porté un intérêt particulier aux téléconsultations pendant le confinement. Ils mettent en avant le respect des distanciations sociales en contexte épidémique :

E15 : « *La téléconsultation est extrêmement intéressante en temps d'épidémie, que ce soit épidémie de Covid mais aussi épidémie de grippe qui est quand même quelque chose de très contagieux.* »

Cela garanti une protection pour le patient mais également pour le médecin :

E10 : « *Il faut préserver tout le monde que ce soit les patients mais aussi et surtout les médecins c'est essentiel et c'était un moyen aussi de les isoler pour qu'ils ne soient pas contaminés.* »

Plusieurs interviewés disent qu'ils privilégieraient cet outil en cas de nouvelle crise sanitaire :

E11 : « *J'opterai plus pour la téléconsultation, dans un premier temps dans le contexte épidémique actuel.* »

D'autres ont privilégié ce mode de consultation afin de protéger les personnes fragiles de leur entourage :

E7 : « *J'ai utilisé à plusieurs reprises car je suis enseignante et mon mari étant personne à risque...* »

ii. *Un écran barrière d'isolement :*

Nous avons déjà énoncé que la téléconsultation pouvait être bénéfique aux personnes isolées sur le plan géographique, mais cela apporterait également « une présence », aux personnes isolées sur le plan psycho-social :

E6 : « *On se sent peut-être moins seul aussi pour les personnes qui vivent seules.* »

iii. Un écran favorisant l'estime de soi :

Les patients rapportent leur sentiment de satisfaction d'avoir réussi leur première expérience :

E13 : « *J'étais assez content de moi, satisfait [...] Avant la consultation il y avait un mélange de stress et de curiosité et ensuite une forme de satisfaction d'avoir réussi sa première fois quoi !* »

Ils évoquent également le côté rassurant que peut avoir la téléconsultation, permettant d'avoir une réponse rapide à leurs interrogations :

E18 : « *Il m'a soigné et puis il m'a rassuré. Je pense que c'est quand même le but de médecin ... soigner, rassurer.* »

E20 : « *Ça a atténué le problème et ça m'a permis d'attendre avant de voir le dermatologue.* »

Enfin, même si les avis sont mitigés sur le sujet, chez certains utilisateurs, l'écran atténuerait l'impression de jugement du médecin, rendant leur discours plus libre :

E6 : « *Cela permet de pouvoir dire des choses que l'on n'oserait pas dire, on se sent peut-être plus à l'aise pour se livrer que quand on est en face à face car le regard n'est pas le même dans tous les cas on est à travers l'image et à travers un écran.* »

d) Un entretien de la relation médecin-patient :

i. Une continuité des soins assurée :

◆ **Construction de la relation :**

Beaucoup de patients attribuent à la téléconsultation un bénéfice quant à la construction et à l'entretien de leur « relation médecin-patient » :

E11 : « *Ça permet d'avoir un lien permanent avec le médecin [...] quand on connaît bien son médecin on construit le lien.* »

E21 : « *On peut même créer une complicité, se sourire et voilà plaisanter, on peut créer du lien.* »

Certains interviewés ayant déménagé continuent de voir leur ancien médecin traitant par ce biais-là, ceci leur évitant de reprendre le phénomène de « reconstruction » de la relation à zéro :

E3 : « Ça m'a permis de ne pas recommencer tout le processus d'être suivi par un autre médecin alors qu'il y avait déjà Dr. M qui me suivait dans le Sud. »

E19 : « En fait on l'a utilisé parce que nous on habite dans le Var, et maintenant que je suis à la retraite depuis janvier on est monté avec ma femme en Alsace pour s'occuper de mon père... »

Cela s'applique également aux voyageurs :

E13 : « Cela peut être pratique d'avoir une téléconsultation alors que je suis ailleurs. »

◆ Maintien de la consultation :

Lors de la crise sanitaire de la Covid19, de nombreux soins ont été déprogrammés. Les patients annulaient leurs rendez-vous en présentiel qu'ils considéraient comme « dangereux ». C'est d'ailleurs dans ce contexte que de nombreux patients se sont essayés à la téléconsultation.

Certains pour son côté rassurant, sécurisant, compte tenu de son respect des gestes barrières :

E1 : « Moi qui suis une personne vulnérable et quand même assez stressée par le fait de me rendre chez mon médecin, cela m'a permis de ne pas interrompre mes soins et de continuer mon suivi. »

D'autres y ont eu recours car ils ressentaient le besoin de conserver leur suivi :

E2 : « Un bénéfice énorme c'est que la consultation a pu avoir lieu, malgré le fait qu'on ne puisse pas se déplacer, donc ça pour moi c'était ... J'allais dire vital ! »

Enfin, la téléconsultation avait parfois été imposée aux patients jugés « à risque » par leur médecin, dans un désir de protection lors du premier confinement :

E14 : « Avec Dr. V ça s'est passé comme ça, je n'avais même pas à choisir c'était ça ou rien ! »

ii. *Une revalorisation du travail médical :*

Pour certains utilisateurs, la téléconsultation permet au médecin et au patient de bénéficier d'un moment dédié pour certains avis parfois délivré par téléphone :

E15 : « *J'allais chez des spécialistes un certain nombre d'entre eux étaient dérangés au téléphone par des appels de patients qui voulaient savoir un certain nombre de choses, ça permet aussi de ce côté-là de rationaliser le temps du médecin... »*

Cela permettrait d'aboutir à une consultation « centrée-patient » de meilleure qualité, car moins morcelée par des appels téléphoniques :

E15 : « *...Surtout que pendant la consultation Dr. L n'a pas été interrompu. »*

II. *L'organisation de la téléconsultation :*

a) *Les protagonistes :*

i. *Le rôle du médecin :*

◆ *Un médecin-juge :*

Le médecin est vu par les interviewés comme un juge. Les patients s'accordent sur le fait que c'est au médecin de décider de poursuivre par une consultation en présentiel ou non à l'issue de la téléconsultation :

E3 : « *Je pense qu'en téléconsultation ils peuvent toujours me dire « Je préférerai vous ausculter » et à ce moment-là on se voit. »*

E6 : « *Le médecin a toujours la possibilité de dire "bon il faut m'amener votre enfant". »*

Les interviewés respectent le parcours de soins qui sera proposé par le médecin téléconsultant :

E12 « *Après le médecin il nous dit je veux vous voir et au pire si je ne le connais pas il va dire non vous allez aux urgences, vous appelez le Samu ... »*

Enfin, si la relation médecin-patient est déjà construite c'est parfois le médecin traitant qui est à l'initiative de la téléconsultation :

E11 : « *Si le docteur connaît bien mes enfants, a bien un lien, et si elle me dit je préfère vous voir, je viens. Si elle préfère par téléconsultation c'est comme elle veut.* »

◆ **Un médecin-professeur : un transfert de compétences**

Auprès du grand public, la téléconsultation apparaît comme un service novateur. Afin de l'utiliser correctement, il faut avoir pris connaissance du mode d'emploi. Les patients attendent donc du médecin qu'il leur en explique le bon usage :

E4 : « *Il y a un besoin d'information à faire auprès des patients, parce que je ne suis pas persuadé que Dr. M l'ai fait. Il faut que tout le monde ait bien conscience que la téléconsultation ne peut pas servir à tout justement.* »

En effet, il convient à chaque médecin de définir avec son patient dans quel cadre il souhaite exercer : dans ce contexte cet outil est-il utilisable ou ne l'est-il pas ?

E4 : « *Il faut que vous mettiez les barrières aussi en disant au patient, si c'est un renouvellement d'accord mais moi je veux quand même vous voir car j'ai un examen physique à faire.* »

Par ailleurs, la relation médecin-patient a beaucoup évolué en quelques années. Le modèle paternaliste au cours duquel le médecin prenait seul toutes les décisions est progressivement délaissé pour un modèle plus équilibré : la décision médicale partagée.

Si le médecin propose aux patients l'acquisition d'outils de surveillance (saturomètres, tensiomètres...), il faudra former les patients à l'usage de ces accessoires indispensables à leur suivi :

E15 : « *On a un tensiomètre chez nous pour prendre la tension c'est pas mal de conseiller aux gens de l'acheter, ce n'est pas une dépense phénoménale et c'est bien de pouvoir le faire quand on vieillit. La sat c'est bien de la prendre de temps en temps...* »

Enfin, certains interviewés suggèrent l'intérêt pour le corps médical d'avoir été formé à la télémédecine afin de pouvoir l'utiliser à bon escient :

E4 : « *Je pense qu'il y a de l'information et de la formation à faire pour tout le monde. Je pense à vous étudiant en médecine, je ne sais pas si vous avez des cours dédiés dans votre cursus en informatique et pour la télémédecine...* »

Les usagers appellent leurs médecins à la prudence. Ce dernier doit avoir été également formé aux limites de cet outil, notamment sur le plan légal :

E4 : « *Avec le problème du droit : savoir qu'est-ce que j'ai le droit de faire, quelles sont les données que j'ai le droit d'utiliser... »*

ii. *Le rôle du patient :*

◆ *Un patient-médecin :*

Les interviewés ont soulevé la question de leur responsabilité en téléconsultation. En effet la télémédecine leur impose une certaine rigueur, et une certaine connaissance de leur corps afin de définir si le problème rencontré est urgent ou non, et si selon eux il relève de la téléconsultation ou d'une consultation en présentiel.

Ce choix impose la connaissance de son corps...

E3 : « *Certaines personnes se disent « ben si je sens bien que j'ai une gastro, je vomis est-ce que j'ai vraiment besoin de me déplacer ? »*

E6 : « *En téléconsultation ça va toujours dépendre de la personne que vous avez en face de vous et de sa faculté à pouvoir dire où elle a vraiment mal. »*

...Et la connaissance de sa pathologie chronique, impliquant davantage le patient dans sa prise en charge :

E5 (*patient pratiquant des auto-sondages*) : « *De temps en temps j'avais des épisodes de fièvre [...] maintenant je ne me prends plus trop la tête pour faire les trucs, quand j'ai besoin d'un ECBU ou de prises de sang je le fais par téléconsultation. »*

E20 : « *J'ai souvent des épisodes migraineux je savais exactement comment lui décrire mon problème. »*

Si le symptôme est clairement identifié ou reconnu, car il a déjà été rencontré au cours de son histoire, l'interviewé reconnaît avoir plus facilement recours à la téléconsultation dans un désir de valider la prise en charge initiée :

E6 : « *J'aurai eu cette méthode à cette époque-là j'aurai pris un rendez-vous en téléconsultation pour me conforter dans ce que je pensais avant de réaliser le premier traitement basique. »*

Enfin, le patient compte sur sa propre pertinence clinique pour décider si oui ou non, un examen médical est nécessaire en fonction des symptômes présentés.

C'est lui qui choisira le mode de consultation le plus adapté en fonction de son savoir :

E18 (*Patient consultant la veille en présentiel pour otalgie*) : « J'aurai pu prendre une téléconsultation hier mais je ne me vois pas prendre une téléconsultation pour me rassurer et voir dans mon oreille, donc j'ai préféré une consultation classique. »

◆ Un patient-patient :

Bien que le patient puisse compter sur ses propres connaissances médicales, il faut qu'il reste conscient que son rôle à lui est avant tout celui de « patient » :

E3 : « Pour moi le patient n'est pas un médecin et donc il ne peut pas parce qu'il a l'impression que ses symptômes ressemblent à une gastro dire que s'en est une. »

E4 : « Le problème c'est qu'on transpose la capacité du médecin à faire certains gestes vers des parents qui eux prennent une posture de médecin. »

Chacun doit respecter le rôle de l'autre protagoniste afin que la consultation se déroule dans de bonnes conditions :

E3 : « C'est un respect envers le diagnostic du médecin en disant : je ne me suis pas auto-ausculté et j'ai besoin de vous pour le faire pour moi. »

Par ailleurs les interviewés reconnaissent qu'en tant que patients ils doivent être conscients de leurs limites :

E3 : « En plus un enfant, ça évolue tellement, qu'on ne peut pas soi-même faire un diagnostic [...] ce serait une mise en danger volontaire de ma part de choisir la téléconsultation. »

Nous disions précédemment qu'en cas de symptôme connu, les interviewés pencheraient plutôt pour une téléconsultation. En revanche si le signe clinique n'est pas identifié le patient aura besoin d'être rassuré par une consultation en présentiel :

E3 : (*A la question : pour quels motifs n'utiliserez-vous pas la téléconsultation ?*) « Si je sens qu'il y a une anomalie clinique, une grosseur de thyroïde et que je ressens le besoin de me faire examiner et que me faire ausculter me semble important. »

b) Le lieu :

i. *Une rencontre en présentielle source d'angoisse :*

◆ Une salle d'attente vecteur de contagion :

Pour les interviewés, la salle d'attente est une vraie source d'angoisse, premièrement parce qu'elle accueille quotidiennement un grand nombre de personnes qui s'y retrouvent, parfois en même temps, si le médecin a du retard.

E7 : « *Chez certains médecins où on attend des heures et là on peut ressortir avec tout ce qu'on n'a pas.* »

Elle est vue comme une source de contagion et de transmission virale :

E4 : « *Je me suis souvent dit : 'J'ai plus de chance de tomber malade en salle d'attente que dehors'.* »

La salle d'attente est décrite comme étant un lieu de cohabitation forcée entre des personnes provenant de différents horizons, n'ayant pas la même éducation...

E4 : « *Le fait d'aller en salle d'attente et d'avoir des gens qui toussent un petit peu dans tous les sens, qui parlent, et qui là soudainement viennent d'apprendre à se laver les mains...* »

E12 : « *Des fois ils toussent ils en peuvent plus il fait chaud ça sent mauvais j'ai du mal avec ce côté : les gens vous toussent dessus...* »

Les interviewés déplorent l'absence de respect des gestes barrières dans certaines salles d'attentes...

E7 : « *Les médecins du cabinet portaient des masques mais il y en avait plein dans le cabinet sans masque...* »

Mais paradoxalement ils reprochent aux employés de faire respecter les mesures de distanciation sociale au sein de leur structure :

E7 : « *On m'a viré bien-sûr car on faisait attendre dehors tous les accompagnateurs...* »

Enfin, Covid ou non, les patients associent l'attente qui précède la consultation à un moment solennel, désagréable et source d'angoisse :

E2 : « *Dans une salle d'attente je pense que le temps paraît plus long.* »

E3 : « *C'est sûr que dans la salle d'attente on ne pense un peu qu'à ça, surtout si on vient tout seul.* »

Une attente qui est bien mieux vécue lorsqu'elle a lieu à domicile :

E19 : « *On n'attend pas dans une salle, même si on doit attendre [...] c'est pas grave parce qu'on est à la maison !* »

◆ **Se rendre au cabinet : un parcours semé d'embûches**

La salle d'attente n'est pas le seul facteur anxiogène rapporté par les interviewés lors d'un rendez-vous en présentiel.

Certains font part de leur stress d'arriver à l'heure en consultation, un facteur qui dépend d'eux et de leur ponctualité :

E19 : « *C'est rassurant d'être à la maison aussi, on est chez soi on va voir la personne qui nous consulte on n'a pas peur d'arriver en retard.* »

Mais qui dépend également de l'emplacement du cabinet :

E17 : « *C'est un peu galère de se déplacer, trouver la place de parking, la dernière fois j'avais galéré à trouver une place...* »

Les interviewés consultant à l'hôpital leur médecin spécialiste font part du stress engendré par l'image, la représentation qu'ils se font du lieu : un hôpital qui a été dépeint dans les journaux comme étant le vecteur de transmission de la Covid-19.

E1 : « *Ne pas avoir à me rendre à l'hôpital, ça a été extrêmement rassurant pour moi [...] j'étais très angoissée à l'idée de me rendre à l'hôpital !* »

ii. *Le choix du lieu, une décision capitale :*

◆ **Un lieu libre :**

Les interviewés accordent beaucoup d'importance au lieu qu'ils choisiront pour réaliser leur téléconsultation. Certains sont tout-terrain et l'utilisent partout :

E5 : « *Je peux l'appeler d'où je veux quoi.* »

E21 : « *Je peux faire ça n'importe où en fait de mon lieu de travail, de mon domicile...* »

D'autres sont plus réticents à l'utiliser sur le lieu de travail, trouvant le lieu peu intime et ayant peur d'être interrompu :

E12 : « *Si l'on a prévu de faire le rendez-vous pendant sa pause déjeuner entre midi et deux selon le retard il ne faut pas que l'on ne soit dérangé par des collègues de travail par exemple si l'on s'isole.* »

Le lieu est choisi par chacun en fonction du confort nécessaire et en fonction de la pathologie sous-jacente :

E10 : « *Si on est alité on peut rester dans son lit, voilà, si on peut se déplacer on peut se mettre dans son canapé sur un fauteuil ou dans une chaise [...] J'étais dans mon canapé donc c'était une posture relativement confortable pour moi.* »

Enfin, les patients portent un intérêt particulier à l'emplacement de leur téléphone ou de leur ordinateur, ce choix impactant sur l'éclairage et sur la visibilité lors de la téléconsultation :

E12 : « *Le seul truc c'était de trouver l'endroit où mettre le téléphone pour avoir les mains libres au départ je l'avais mis à un endroit mais ça n'allait pas du tout c'était un peu plus bas j'avais une tête on aurait dit Shrek ! (Rires)* »

◆ Un lieu calme et intime :

Selon les interviewés, le lieu idéal doit être isolé :

E12 : « *On s'isole mais on ne peut pas rester 2 heures isolé.* »

Ils insistent sur la nécessité d'un lieu calme où ils ne seront dérangés ni sur le plan sonore ni sur le plan intellectuel :

E5 : « *Ce qu'il faut c'est se mettre au calme, dans une pièce tranquille.* »

E19 : « *J'étais dans mon appartement, seul, donc je n'ai pas été dérangé.* »

Et pour s'isoler certains ne reculeraient devant rien :

E12 : « *S'il a un retard d'un quart d'heure si je suis au bureau je vais être dérangée sinon je vais aux toilettes...* »

Le lieu idéal se veut également intime, reproduisant le cadre du cabinet médical, il permettra au patient de s'exprimer librement et en toute confiance :

E6 : « *En plus le côté intimiste, même si on est en intimité dans un cabinet avec son médecin, mais c'est encore différent, on a un sentiment de confiance peut-être plus important.* »

◆ **Le domicile : une bulle sécurisante :**

Le domicile permet au patient de conserver ses repères. Il a alors l'impression d'être dans une bulle, en sécurité, et à l'abri de tout jugement. Ces facteurs contribuent à une communication plus libre et plus aisée avec l'interlocuteur selon les interviewés.

E6 : « *On est chez soi déjà donc on est dans ses repères et on arrive à communiquer plus facilement.* »

E11 : « *Je me suis dit je suis chez moi je suis à l'abri je suis protégée, je peux poser mes questions, on est bien on est posé.* »

c) **Les motifs de consultation :**

i. *Des motifs adaptés à la médecine générale :*

◆ **Des consultations jugées « simples » :**

Les interviewés trouvent globalement que la téléconsultation se prête parfaitement à la médecine générale (E7, E8, E21). Tout d'abord car cette spécialité regorge de demandes administratives en tout genre :

- Arrêt de travail (E7), dossier MDPH (E12),
- Demande d'imagerie : dans cette étude « scanner » (E13), « radio » (E21),
- Demande d'analyses médicales : « prise de sang » (E21) ou « ECBU » (E5).

Ils s'accordent sur le fait qu'ils utiliseraient volontiers la télémédecine pour un « simple » renouvellement d'ordonnance, d'autant plus si la pathologie chronique dont ils souffrent est équilibrée, et bien connue (E1, E5).

Ils estiment également la téléconsultation adaptée lorsqu'ils ont « juste » une « petite » question à poser à leur médecin en rapport avec des résultats d'examen : prises de sang (E3) ou imagerie (E9, E13).

Les patients trouvent approprié d'utiliser cet outil lorsque l'examen clinique n'est pas nécessaire. Il faut donc, selon eux qu'ils s'agissent de consultations « simples », de motifs de recours bénins, ou que cela concerne un symptôme visuel évident.

Ils s'imaginent consulter :

- Pour des motifs bénins, ou jugés peu importants (E1, E9),
- Pour des soucis psychologiques (E6, E21),
- Pour des soucis cutanés, avec des lésions superficielles visibles (E20, E21),
- Pour un suivi d'une pathologie chronique (E5), ou une réévaluation à distance d'un traitement nouvellement initié (E17).

Les interviewés jugent pertinent de consulter pour des motifs pour lesquels ils auraient simplement demandé un conseil téléphonique il y a quelques années alors que la téléconsultation n'était pas encore disponible. Ils pensent l'utiliser :

- Pour une substitution de médicament (E15),
- Pour une question sur un traitement (E15),
- Pour des questions à propos d'une pathologie chronique (E3),
- Pour avis médical pédiatrique (E12),
- Pour un oubli lors de la consultation en présentiel (E5),
- Pour un « simple » conseil (E9).

Par ailleurs, les enfants ayant eu recours à la téléconsultation ne semblaient pas particulièrement perturbés par ce contact inhabituel :

E1 : « Ma fille l'a très très très bien vécu !! Elle a vraiment trouvé ça super ! Je pense qu'elle, elle n'y a vu aucune différence. »

◆ Les consultations pour de la « petite urgence » :

Les interviewés semblaient majoritairement s'accorder sur le fait qu'une téléconsultation en cas de pathologie aigüe était adaptée. Ils donnent des exemples :

- En cas d'infection virale :
 - Suspicion de Covid-19 (E16, E17),
 - Rhinopharyngite, « rhume » (E18),
 - « Mal de gorge » (E4)
- Pour une surveillance après 48H de traitement par antibiotiques (E17)
- Pour une surveillance au 7^{ème} jour d'une infection à Covid-19 (E15, E16)
- Pour une douleur aigüe dont les symptômes sont reconnus :
 - Lombalgies (E10),
 - Douleurs abdominales de type colite ou gastro-entérite (E3, E15),
 - Crise migraineuse (E11, E20).

Enfin les interviewés auraient recours à la téléconsultation afin d’avoir accès à un premier avis médical dans un contexte de « bobologie », dans le but de se rassurer face à un symptôme inconnu :

E9 : « *Je prendrai d’abord conseil par téléconsultation et rien n’empêche ensuite un contact direct.* »

ii. Des motifs adaptés au spécialiste :

Le recours au spécialiste dans le cadre de la téléconsultation est assez controversé. En effet, les patients confessent qu’ils auraient du mal à remplacer ce rendez-vous qu’ils attendent parfois pendant plusieurs mois par une e-consultation :

E16 : « *C’est difficile quand il s’agit d’un contrôle une seule fois par an, de le faire par téléconsultation.* »

Cependant certains interviewés ont tenté l’expérience :

- Pour une consultation de suivi de pathologie chronique avec un endocrinologue, un néphrologue, ou un psychothérapeute dans le cadre du confinement (E1, E3, E14, E21),
- Pour récupérer des résultats d’examens passés en présentiel avec le gastro-entérologue (E19).
- Pour « un simple » renouvellement d’ordonnance chez le gynécologue, ou chez l’allergologue (E3, E17),
- Pour une consultation préopératoire avec un chirurgien puis un anesthésiste (E9).

En ce qui concerne la dermatologie, spécialité très difficilement accessible en médecine de ville, les avis sont mitigés. Certains considèrent la téléconsultation inadaptée du fait de la rareté des rendez-vous (E6), pendant que d’autres l’envisagent, étant une spécialité visuelle avant tout :

E1 : « *Une lésion ou un problème de peau, avec une caméra je pense que c’est réalisable.* »

iii. Un usage cependant limité :

Les interviewés reconnaissent que tous les motifs ne sont pas adaptés à l’usage de la télémedecine. Le manque d’examen clinique limite souvent son utilisation :

E17 : « *Les consultations de suivi chez l’enfant ce n’est pas adapté.* »

E20 : « *S'il y a un point de douleurs le médecin peut trouver, localiser où se trouve la douleur en question, quand on est en direct on peut palper plutôt que quand c'est un patient qui va le faire à travers l'écran.* »

Par ailleurs il ne faut pas avoir de geste à envisager :

E12 « *Je n'ai pas une plaie ouverte quoi !* »

En cas d'urgence ressentie les patients auraient plutôt tendance à consulter SOS médecin, ou consulter en présentiel que d'utiliser la téléconsultation (E1, E11).

Certains motifs semblent inadaptés à la téléconsultation par leur gravité ou par leur complexité :

E17 : « *C'est sûr qu'on ne va pas annoncer un cancer, je pense, en téléconsultation.* »

E21 : « *Pour moi voir un psychiatre, en plus parler de moi c'est pas quelque chose de simple et alors avec l'écran c'était la couche de trop !* »

Les patients considèrent la téléconsultation comme un outil de dépannage :

E5 : « *Pour moi ça restera du dépannage !* »

E9 : « *Si je n'ai pas d'autre solution je vais prendre la téléconsultation.* »

Ils utilisent plus volontiers cet outil avec un médecin dont le visage leur est familier qu'avec un étranger :

E3 : « *Je serais un peu plus mal à l'aise avec un médecin que je n'ai jamais vu.* »

E6 : « *La connaissance se fait par la rencontre.* »

Et quand certains n'imaginent pas la téléconsultation avec un médecin inconnu ...

E2 : « *Moi le problème c'est de connaître, une fois que je connais j'ai plus de problème. Si la confiance est établie je pense qu'il n'y a aucun problème en téléconsultation.* »

... D'autres s'en contenteraient faute de mieux. (E8, E10)

Enfin, la plupart des interviewés pensent que la téléconsultation relèverait davantage de la médecine générale, étant une spécialité moins tributaire de l'équipement, de « machines » (E7, E8), et nécessitant souvent moins de gestes qu'une consultation chez le spécialiste (E3, E18, E2).

d) La durée de consultation :

i. *Une durée de consultation comparable :*

Globalement, le temps de téléconsultation était comparable à celui d'une consultation classique, soit de 15 à 30 minutes selon les avis :

E2 : « Elle avait bien duré pas loin d'une demi-heure, la consultation était tout à fait comparable en termes de temps. »

E7 : « Elle a vraiment pris beaucoup de temps pour moi aujourd'hui ça a duré presque vingt minutes je crois. »

ii. *Une consultation à la va-vite :*

Cependant pour certains la consultation a été rapide :

E9 : « 10 minutes, c'était un peu plus rapide qu'habituellement. »

... Très rapide :

E17 : « Ça a dû durer 2 ou 3 minutes je pense. » (Versus 5 min en présentiel)

... Trop rapide :

E14 : « Ça a été un peu rapide je trouve ... ça a duré 5 minutes à tout casser. »

E18 : « Peut-être que s'est trop rapide, peut être effectivement qu'au lieu de nous garder un quart d'heure on nous garde 5 min c'est vrai on n'y pense pas mais ça coupe un peu la relation... »

III. Le fonctionnement de la téléconsultation :

a) Les prérequis :

i. *Une préparation en amont :*

Les interviewés s'accordent sur le fait qu'une préparation en amont de la téléconsultation est primordiale pour son bon fonctionnement. En effet, certains patients ont pris soin d'envoyer au médecin leurs résultats d'analyses de sang au préalable (E1, E14, E15), leurs résultats d'imagerie (E13), ou même des photos de lésions cutanées qu'ils comptaient montrer au médecin lors de la consultation (E20).

D'autres ont pris soin de noter et mesurer leurs paramètres vitaux en amont de la consultation : ils se sont munis de leur relevés tensionnels (E4, E9), ont pris leur saturation (E15, E16), leur température (E15, E16) ou même leur poids (E1).

Certains reconnaissent préparer la téléconsultation comme ils le font pour une consultation classique, en notant toutes leurs questions et en faisant une liste au préalable afin de ne rien oublier :

E16 : « *Pour que ce soit efficace il faut préparer son rendez-vous et éventuellement marquer sur un bout de papier ce qu'on veut demander.* »

Enfin, nous l'avons déjà évoqué au préalable, les interviewés attribuent au médecin le rôle de formateur. C'est à lui d'expliquer aux patients le bon usage de la télémédecine et de leur imposer le cadre dans lequel il souhaite exercer. Il précise s'il souhaite voir les patients en présentiel ou s'il souhaite qu'ils soient équipés (tensiomètre, thermomètre, oxymètre) :

E16 : « *Je l'ai vu en téléconsultation il m'a conseillé d'avoir un saturomètre.* »

ii. Des compétences informatiques pré-requises :

Il est évident pour les interviewés que pour utiliser de manière correcte la télémédecine, il faut avoir quelques notions élémentaires en informatique :

E4 : « *Si le patient ne sait pas se servir de ses outils ça va être source de stress. Moi je vois énormément d'utilisateurs qui ne savent pas ne serait-ce que se servir de leur téléphone.* »

Les interviewés les plus âgés du panel possédaient tous des compétences informatiques même rudimentaires :

E2 : « *Il faut dire que je me sers de mon ordinateur depuis plus de 20 ans ! Donc j'ai quand même une certaine habitude de ces engins !* »

iii. Un équipement prérequis :

S'il est vrai qu'une connaissance informatique est nécessaire au bon déroulement de la télémédecine, il en va de même pour l'équipement et l'appareillage de l'utilisateur. Nombreux sont les interviewés qui ont cité « l'ordinateur », « le smartphone », ou « l'Ipac© » comme étant des outils indispensables pour un entretien de qualité (E5, E13, E20).

Une connexion internet puissante ainsi que l'accès à un réseau wifi performant garantissent une téléconsultation fluide (E3, E4, E8).

Le point essentiel de la télécommunication, selon les patients, réside dans la qualité de la caméra, puisqu'une image nette permet un meilleur échange :

E10 : « *Même si on ne voit pas la tenue, les mains, la gestuelle du patient et du docteur on voit ses réactions, son regard, son visage, il y a quand même un échange.* »

Enfin, la qualité de la consultation passe par l'équipement médical disponible au domicile du patient. Pour l'instant peu utilisé par les deux protagonistes (E4), la démocratisation de ces outils permettra d'affiner le diagnostic du médecin. Ils devront être fiables et surtout objectifs :

E6 : « *Il faudra que l'outil mesure les choses parce que par exemple un patient qui prend tout seul son pouls ce ne sera pas fiable.* »

Il faudra surtout des outils dont les données soient exploitables aisément par les deux partis, patient et médecin (E6, E9, E10), et cela sans avoir à effectuer trop de manipulations pour utiliser ces accessoires (E4, E6).

iv. Une relation de confiance préétablie :

Enfin, pour beaucoup, la réussite de la téléconsultation réside dans la « relation de confiance » qui a été établie au préalable avec son médecin traitant (E2, E4, E18). En effet, l'absence de contact physique en visioconférence peut parfois être source de stress mais télé-consulter avec un médecin déjà rencontré pourrait permettre au contraire de dédramatiser la situation et de rassurer le patient.

E12 : « *Au départ c'est bien d'avoir une tête connue.* »

Si les interviewés se sont tous lancés dans la téléconsultation, ils sont cependant très nombreux à déclarer qu'ils ne souhaiteraient pas renouveler l'expérience avec un médecin dans le cadre d'une première rencontre (E2, E6, E7, E17), allant même jusqu'à dire que cela occasionnerait une gêne (E11), ou un sentiment de mauvaise prise en charge (E3).

b) Une description de la consultation :

i. Une première expérience particulière :

Pour certains utilisateurs, la première expérience a été une grande étape, ayant suscité de vives émotions. Certains rapportent une appréhension de « la première fois » (E14).

Ce fut un moment source d'angoisse : « le stress de “comment ça marche” » (E4), « c'était un peu l'inconnu » (E14), « un mélange de stress et de curiosité » (E14)

D'autres décrivent une appréhension des premiers bugs et de ne pas savoir comment les résoudre :

E17 : « *Comment on résout les soucis de connexion je ne sais pas trop qui il faut appeler ?* »

Ils décrivent une appréhension face à une attente inhabituelle, dématérialisée :

E10 : « *J'attendais en fait en salle d'attente virtuelle, on ne sait pas ce qu'il se passe, le problème c'est que comme il avait un peu de retard je me suis demandé si j'étais bien au bon endroit !* »

Pour les plus réticents, se faire accompagner par un tiers dans leur première démarche a permis de dédramatiser l'expérience :

E19 : « *Ça paraît compliqué et en fait il faut le faire une fois avec quelqu'un qui sait et qui vous guide et après c'est bon !* »

Finalement, l'expérience apporte une certaine fluidité à l'usage de la télémédecine :

E11 : « *C'est juste le temps de faire le rodage.* »,

E19 : « *On prend l'habitude donc en fait on s'adapte.* »

ii. Un entretien dématérialisé :

Les utilisateurs comparent l'organisation de la téléconsultation à un entretien en présentiel. Ils décrivent une consultation qui se veut plus superficielle :

E6 : « *En fait, on ne peut parler que d'un ressenti, des émotions, du mal-être que l'on a ou de la douleur à un endroit.* »

Une e-consultation, qui s'accompagne d'une dématérialisation des tâches administratives :

- La délivrance d'ordonnance se fait désormais via l'application Doctolib© (E3, E9, E10). Cela permet aux plus étourdis de les retrouver en cas de perte (E10).
- Doctolib© permet la réception des arrêts de travail en ligne (E7).

- Les ordonnances peuvent également être transmises directement au laboratoire ou à la pharmacie, aidant à la coordination des soins (E3).

Enfin, la dématérialisation de la relation peut également créer un blocage pour le patient. Cela a été le cas d'un interviewé qui téléconsultait pour son petit, et d'un interviewé consultant un psychologue :

E11 : « *Le petit ça lui a fait drôle, il a été un peu timide mais je pense que ça lui a fait drôle de voir son médecin comme ça sur la tablette.* »

E21 : « *Ça a été très court du coup les échanges ne dureraient pas parce que je n'arrivais pas facilement à me livrer.* »

iii. Un déroulé comparable :

Si les interviewés observent certaines différences avec une consultation classique, ils sont cependant rassurés par la conservation d'un rituel :

E1 : « *La téléconsultation pour moi a été très agréable parce que je n'ai pas ressenti de différence par rapport à d'habitude.* »

Ils observent que la consultation se déroule de la même façon qu'en présentiel (E1, E3, E10) :

- Interrogatoire,
- Semblant d'examen clinique avec questionnement sur les constantes, observation des symptômes visibles,
- Prescription et explication de la prise en charge,
- Règlement (E2, E21),
- Remboursement (E1, E3).

Selon les patients, le déroulé similaire entraînait également une bonne compréhension du résultat final de la consultation (E13).

Les échanges qu'ils ont pu avoir, ainsi que les interactions avec leur médecin étaient globalement comparables à des entretiens en présentiel (E1, E2).

Enfin, les utilisateurs étaient agréablement surpris de ne pas ressentir de différence sur le plan relationnel avec leur interlocuteur :

E3 : « *Il n'y a pas vraiment de changements parce qu'on garde la même proximité, le même feeling avec le médecin.* »

E21 : « *Je sens le médecin proche de moi à l'écoute, concentré, et je crois qu'on fait encore plus d'effort pour être en mode cocooning.* »

c) L'application :

i. *Une application fonctionnelle :*

La majorité des téléconsultations de cette étude ont été réalisées par le biais de Doctolib©. Les autres se sont déroulées par voie téléphonique avec ou sans caméra (E1, E3, E17).

Les interviewés décrivent à l'unanimité une application très « fonctionnelle » avec peu de dysfonctionnements (E3, E18), « pratique » (E4, E18), « ludique » (E12), « simple d'utilisation » (E9, E15), avec des explications « concises » et « claires » (E4). Par ailleurs, les documents sont facilement envoyés et téléchargés (E8, E12), et cela tout en limitant le nombre de manipulations à faire (E4).

Les utilisateurs saluent également la plateforme Doctolib© pour avoir révolutionné la prise de rendez-vous en l'espace de quelques années (E3, E12). Certains considèrent même inconcevable de consulter un médecin ne travaillant pas avec Doctolib© (E19). Ils notent qu'il est plus simple d'utiliser une seule et même application pour tout le domaine médical, facilitant l'accès aux usagers (E1).

ii. *Une application sécurisée :*

Les interviewés se sont peu interrogés sur la question de la sécurisation des données en lien avec cette application :

E5 : « *Je pense que comme tout le monde on ne se pose pas trop la question, pour l'instant je n'ai pas eu de retours négatifs par rapport à ça.* »

Malgré le peu de renseignements disponibles, les patients ont confiance :

E10 : « *J'ai tendance à faire confiance malgré tout on est sur un service français reconnu.* »

E18 : « *Je pars du principe que si on le propose aux patients c'est que c'est quand même surveillé quoi !* »

Certains expliquent même que la fonctionnalité de l'application prime sur la sécurité :

E7 : « *Je ne me suis pas trop posé la question parce que je me suis dit que je trouve ça tellement pratique que je m'en fiche.* »

Enfin, ils estiment que les sujets abordés n'étant pas des données sensibles, cela ne pourrait pas leur porter préjudice en cas de fuite d'information :

E8 : « *Toute façon une liste de médicament ce n'est pas un secret... Ben je ne crois pas, ça dépend, peut-être pour le président des États-Unis, mais moi je n'ai pas de secret.* »

iii. Une application parfois limitée :

Même si les retours concernant l'application étaient globalement très positifs, les usagers notent tout de même quelques limites. Ils expliquent que la gestion de l'attente en « salle d'attente virtuelle » mériterait d'être mieux encadrée :

E10 : « *J'attendais en fait en salle d'attente virtuelle si vous voulez et on ne sait pas ce qu'il se passe ...* »

Par ailleurs, certains interviewés ont trouvé les informations lors de la connexion un peu légères et souhaiteraient plus de précisions notamment lors de la première connexion (E11), mais également lors du règlement : grilles tarifaires, montant du remboursement, etc... (E17).

Enfin, ceux s'étant renseignés sur le sujet estiment qu'il y a encore du travail à faire pour assurer une plus grande sécurité aux patients :

E10 : « *J'espère que les données sont conservées dans des Datacenter français, après je ne me rappelle plus au niveau du code du compte individuel sur Doctolib©, il faudrait peut-être renforcer les clés personnelles.* »

IV. Les limites de la téléconsultation :

a) Un accès limité par certains facteurs :

i. Des ressources technologiques limitées :

Les interviewés rapportent des dysfonctionnements informatiques en lien avec l'application elle-même :

- Certains ont été contraints de recréer un compte Doctolib© de dernière minute afin de pouvoir accéder à la plateforme, car ils avaient pour habitude d'utiliser un seul compte pour 2 personnes (E19, E18).
- Certains utilisateurs ont eu des problèmes lors de la réception des documents qui ne s'enregistraient pas systématiquement dans l'application (E7).

- Enfin, d'autres notent un défaut de mémorisation propre à l'application qui ne retient pas l'adresse de la pharmacie préalablement enregistrée sur la plateforme (E12).

Les utilisateurs rapportent également des problèmes de connexion ayant limité leurs entretiens. Ceux-ci s'exprimaient par une image pixélisée (E3), une vidéo qui disparaissait (E14), ou bien par « un son compressé » ainsi qu'une « voix métallique » (E4).

La qualité des entretiens était limitée par un équipement défaillant, voire même absent (caméra) côté médecin (E1, E2, E17) ou côté patient (E15).

Les interviewés reprochent aux médecins la non-utilisation d'outils pourtant accessibles au grand public lors des téléconsultations (brassard à tension, saturomètre...) (E4, E15).

Ils mettent également en garde quant à l'utilisation d'équipements trop complexes qui pourraient être source d'erreurs, ou de mauvaise manipulation de la part du patient (E4). Enfin, ils insistent sur le caractère « objectif » que doivent avoir les outils de mesure utilisés, comme nous le disions précédemment (E6).

ii. Des ressources personnelles propres à chacun :

Selon les interviewés, la téléconsultation est un outil dont l'usage ne peut s'étendre à l'intégralité de la population.

Le premier frein à l'usage de la télémédecine cité par les patients serait l'âge (E2, E3). En effet, l'utilisation de l'ordinateur s'est démocratisée à la fin du XX^{ème} siècle, et donc pour beaucoup, son usage nécessite une adaptation. Selon les interviewés, les personnes âgées sont souvent :

- Mal équipées sur le plan informatique : pas d'accès à internet, pas de téléphone (E6),
- Peu ou mal éduquées à l'usage de l'ordinateur (E6),
- Attachées au contact humain et à la relation en présentiel (E5, E15).

Au contraire « la génération alpha », d'enfants nés après l'an 2000 à l'ère du smartphone et des tablettes aura beaucoup moins de difficultés à utiliser la téléconsultation :

E6 : « Les enfants d'aujourd'hui naissent avec la technologie, pour eux c'est presque un jeu, ils aiment le téléphone, l'ordinateur, ils sont nés avec, ils ont une facilité d'utilisation nettement supérieure à celle des parents. »

Certains pensent que l'expérience prime sur l'âge. Selon eux, la télémédecine serait donc inadaptée aux technophobes et aux novices en informatique :

E9 : « *Il faut quand même avoir une utilisation informatique pas forte mais raisonnable et surtout ne pas avoir peur de ce type d'engin.* »

Pour certains interviewés, l'atteinte auditive pourrait être un frein à l'usage de la télémédecine surtout en cas de dysfonctionnement de la caméra :

E19 : « *Mon petit soucis à moi c'est que je n'entends pas bien, j'ai des appareils auditifs et si je ne vois pas la personne, si elle n'articule pas malgré les appareils je comprends mal.* »

Un patient ayant des troubles de l'élocution ou n'étant pas en mesure d'exposer son ressenti ou ses symptômes ne devrait, selon les interviewés, pas avoir recours à la télémédecine :

E6 : « *En téléconsultation ça va toujours dépendre de la personne que vous avez en face de vous et de sa faculté à pouvoir dire où elle a vraiment mal.* »

La présence de nombreuses comorbidités pourrait également en limiter l'utilisation puisque dans ce contexte une évaluation clinique rigoureuse est primordiale (E7, E17).

Enfin certains patients exposent les limites en lien avec leur lieu de vie :

E3 : « *Je vois ici par exemple certains villages à côté n'ont même pas de réseau téléphonique.* »

E9 : « *S'il y a de l'orage je ne vais pas l'utiliser... Parce que là tout risque de sauter donc je coupe ma ligne.* »

b) L'écran -barrière :

i. *Une barrière sensorielle :*

Les interviewés restent sur la réserve quant à la téléconsultation. Ils se rendent compte qu'à travers l'écran, certaines informations, pourtant nécessaires pour conduire au diagnostic, sont manquantes.

◆ La dimension olfactive :

L'odorat est une information majeure pour le clinicien, afin de se faire une idée du patient :

E1 : « *Je regarde s'ils ont pris une douche, s'ils ne sentent pas l'alcool... s'il n'y a pas un signe de laisser-aller dans l'hygiène car ça peut-être un signe de dépression...* »

◆ La dimension sensitive :

Le médecin a « besoin de toucher » le patient (E17, E18), de « palper » (E4), de « manipuler » (E20), de « faire bouger le bras » (E20), pour poser le diagnostic adapté. Le patient peut également avoir besoin de ce toucher, de ce contact pour se sentir rassuré (E6).

◆ La dimension visuelle :

Malgré l'utilisation de caméra, les patients décrivent une image parfois décevante car beaucoup plus superficielle qu'en consultation classique :

E20 : « *Pour voir de manière plus fine le problème en question, la consultation en direct est quand même plus sûre.* »

En effet selon les interviewés il manque des informations concernant : « la tenue corporelle » (E10), « la gestuelle » (E10), « la coloration » (E1). Enfin il est difficile de voir de très près une lésion cutanée par exemple (E12, E20).

Ils rapportent également un contact visuel différent avec leur médecin :

E9 : « *Lui il fixait son ordinateur et je ne le voyais pas de face.* »

Ce contact est présent, mais serait moins rassurant qu'en présentiel :

E20 : « *Suivant le problème on peut être plus rassuré en présence du médecin qu'en étant devant un écran.* »

Enfin, certains interviewés estiment que voir sa propre image s'afficher sur l'écran pourrait être un frein à l'expression (E17).

ii. *Un frein à l'examen clinique :*

L'écran est régulièrement considéré par les interviewés comme un frein à l'examen clinique, puisque *de facto*, patient et médecin sont à distance au moment de l'entretien. Cette distance ne permet pas la prise de constante, « l'auscultation » (E1, E15), « l'examen de la gorge » ou des « oreilles » (E18), ou encore la localisation d'une douleur par palpation, ou par mobilisation musculaire (E13, E20).

Enfin, les gestes semblent, pour l'heure, impossible en téléconsultation (E3).

Cette absence d'examen clinique a tendance à nuire à la relation médecin-patient, et peut également procurer à l'utilisateur un sentiment de consultation en « mode dégradé » :

E14 : « *Je regrette sur ce plan là la téléconsultation c'est zéro c'est nul ! c'est nul ! D'autant plus qu'avec mon ancien néphrologue c'était vraiment à l'ancienne on rentrait dans le cabinet, il vous pesait, il vous prenait la mesure, il vous allongeait il vous prenait la tension... »*

Avec cette distance, le rôle de prévention du médecin traitant est parfois délaissé, au profit d'une consultation superficielle centrée sur un seul motif unique :

E3 : « *La consultation avant c'était la palpation aussi etc. Le moyen de découvrir autre chose que ce pourquoi on avait été le voir. »*

E17 : « *On pose moins de questions, on est un peu plus rapide et on se concentre plus sur la tâche qu'on fait en téléconsultation. »*

Le « gut feeling » du médecin : intuition, sans substrat objectif, que quelque chose ne va pas simplement en voyant le patient, peut également être mis à mal :

E17 : « *Y'a plein de choses comme ça qu'on perd avec la téléconsultation : l'odeur, le 6ème sens, ces choses qu'on ressent qu'on ne peut pas expliquer quand on a la personne en face... »*

iii. Une déshumanisation de la relation :

Cette méthode de consultation dématérialisée contribue à déshumaniser la relation médecin-patient et conduit à une cyber-relation impersonnelle (E9) :

E14 : « *Quand on est en contact physique, on établit une relation un peu poussée, on discute, on rigole. »*

En effet, selon les interviewés, les émotions sont moins palpables à travers l'écran :

E17 : « *On n'a pas la connexion avec les gens qu'on a en face. On sent plus le stress, la peur, l'angoisse qu'à travers un écran. »*

La communication et la confiance sont parfois plus difficiles par écrans interposés (E17, E18) que dans un cabinet médical où ils se sentent en sécurité pour se livrer (E19).

Les interviewés rapportent un manque d'humanité, un manque de « chaleur humaine » (E2, E18), les conduisant même à penser qu'ils consultent « une image » plutôt qu'un médecin (E6).

Plusieurs utilisateurs rapportent que ce sentiment est plus présent lors du premier usage et qu'il s'atténue avec le temps et l'expérience :

E8 : « *Le contact, c'est question d'habitude parce que depuis qu'on est tout petit on 'va voir' le médecin !* »

c) Les déviances :

i. *Une protection de données controversée :*

Au cœur de la polémique concernant la protection des données médicales, après de nombreux piratages de logiciels hospitaliers en début 2021, les patients se disent conscients des risques éventuels de fuites de données sensibles (E5, E19). Cependant ils ont tendance à faire confiance en l'application, en sa sécurisation (E6, E21), et estiment également n'avoir « rien à cacher » (E18).

En revanche certains interviewés émettent plus de réserves. Les entretiens contiennent des données hautement sensibles qui doivent rester dans le domaine privé (E19) :

E4 : « *Ces données-là, il ne faut absolument pas qu'elles sortent du domaine médical par exemple, si une banque parvenait à se fournir ces données-là pour ensuite faire un prêt à la consommation ou immobilier ce serait totalement inconvenable.* »

ii. *Une cyber-relation favorisant les abus côté patient :*

Selon certains interviewés, le côté dématérialisé de la relation, ainsi que la distance pourraient favoriser les abus (E10). En effet, l'examen clinique étant impossible, le médecin est obligé de faire confiance aux dires du patient :

E18 : « *Là il m'a demandé si j'avais de la température donc en fait il m'a fait confiance, j'aurais pu mentir aussi...* »

Les utilisateurs soulignent également la simplicité de la prise de rendez-vous avec de nouveaux médecins, dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Une absence de relation pré-existante qui, selon eux, favoriserait les demandes abusives de type arrêt de complaisance ou ordonnance non justifiée (E4).

La dématérialisation des soins, la simplicité d'accès et d'utilisation ainsi que l'éclatement du suivi entraînent une consommation de soins de la part de certains usagers :

E12 : « *Y en a dans la journée qui prennent 4 rendez-vous pour avoir un médoc ou un arrêt de travail, mon fils m'a dit qu'il a une copine qui a eu facilement comme ça un arrêt de travail avec une téléconsultation.* »

La solution pour lutter contre ces dérives, selon les interviewés, serait de maintenir la téléconsultation uniquement avec des médecins préalablement rencontrés (E10).

Enfin, c'est au médecin, comme nous le disions préalablement, de poser ses propres limites afin qu'il ne se mette pas en danger légalement :

E6 : « *Je pense qu'il faut encore rester prudent dans ce type de consultation à la fois pour le médecin et pour le patient, mais je pense que pour le médecin il faut encore être encore plus vigilant et bien connaître vos patients avant de pouvoir avoir ce type de consultation...* »

iii. Une cyber-relation favorisant les abus côté médecin :

Les interviewés notent également certaines dérives du côté médical. En effet, certains racontent leurs expériences avec des médecins, spécialistes ou généralistes, pratiquant des dépassements d'honoraires en les recevant 5 minutes par téléconsultation (E12, E17), avec parfois une impression de travail bâclé ressenti par les patients (E17).

E14 : « *Pour 3 minutes de contact je trouve que c'est grassement payé...* »

Certains utilisateurs rapportent qu'il est plus difficile de contrôler l'identité du médecin par voie virtuelle. Les patients parlent d'usurpation d'identité facilitée par la dématérialisation des consultations (E8).

Enfin, les patients espèrent pouvoir avoir confiance en leur médecin sur le fait que ce dernier consulte depuis un endroit isolé, calme et intime à l'image de son cabinet médical et dans le plus grand respect du secret médical.

E5 : « *Un docteur, on sait qu'en principe elle est dans son bureau je pense pas qu'elle s'amuse à faire des téléconsults au bar ou chez elle...* »

V. DISCUSSION :

1. Les biais, les limites, les forces de cette étude :

a) Les Forces :

Si la thématique de cette recherche n'est pas nouvelle, elle s'inscrit cependant au cœur de l'actualité. Ce travail reste novateur par sa méthodologie qui en est sa principale force, puisque tout à fait adaptée à la question de recherche qui vise à étudier un ressenti. Par ailleurs, de nombreuses thèses ont étudié le vécu des médecins alors que très peu de travaux s'intéressent au ressenti des patients vis-à-vis de la téléconsultation, ce qui a motivé l'auteure à cibler cette population dans ses recherches.

Le choix d'une étude qualitative pour ce travail a permis de recenser des points de vue riches et variés qui pourront par la suite être des appuis solides pour des études quantitatives. Enfin, nous nous sommes astreints à remplir un maximum de critères de la grille COREQ-32 (annexe 1) afin d'assurer une validité et crédibilité à cette étude. (30)

b) Les biais :

i. Biais d'interprétation, d'information :

Un biais interprétatif a pu exister car les codeurs étaient novices en matière de recherche qualitative. Il était parfois difficile de déceler le sens de certains propos énoncés par les interviewés. De plus, l'investigatrice étant novice en termes d'entretiens, il est possible qu'elle n'ait pas été totalement neutre et qu'elle ait pu influencer le discours de manière involontaire avec son attitude verbale ou non verbale. Afin de minimiser ce biais, un entretien test avait été réalisé. Par ailleurs, l'investigatrice se présentait aux interlocuteurs comme étant « étudiante » afin de ne pas biaiser ou induire le discours des interviewés par son statut. Les silences de l'interlocuteur étaient respectés au maximum et les entretiens ont été menés et enregistrés dans des endroits calmes, selon un guide d'entretien préalablement testé après avoir recueilli le consentement des participants afin de garantir une meilleure prise de parole de l'interviewé.

ii. Biais de sélection :

Cette étude n'a pas pour but d'être parfaitement fidèle à l'ensemble de la patientèle française. Ainsi, dès la conception de l'étude, nous avons choisi de constituer un échantillonnage théorique non représentatif de la population mais attestant de sa diversité. Concernant la méthode de recrutement, elle était réalisée par voie indirecte, en contactant les médecins qui nous adressaient ensuite des

patients qu'ils avaient vu en consultation. Dans ce contexte, il existe un biais de recrutement manifeste puisqu'il est évident qu'ils n'allaient pas nous orienter vers des patients avec qui leur ressenti avait été très mauvais au cours de la téléconsultation. En revanche, le recrutement par « effet boule de neige » utilisé auprès des patients nous a permis de gommer ce biais.

iii. Biais de mémoire :

Enfin, afin de limiter le biais de mémoire nous avons réalisé les entretiens avec une latence maximale de 2 mois par rapport aux téléconsultations. Par ailleurs, les patients avec des troubles cognitifs manifestes étaient exclus de l'étude afin de ne pas majorer ce biais de mémoire.

c) Les limites :

Ce travail présente quelques limites que nous allons mettre en lumière. D'un point de vue méthodologique pur, une étude en miroir aurait pu être réalisée. Mais faute de temps et de partenaire de confiance pour réaliser cette étude, l'auteure a préféré sélectionner le versant patient qui a été encore peu abordé dans la littérature.

Par ailleurs, seuls des entretiens individuels par vidéoconférence ont été réalisés. Compte tenu de la situation sanitaire au moment de l'étude, la réalisation de « focus group » initialement souhaitée par l'auteure n'a pas été retenue. En effet, le focus group aurait dû se dérouler par visioconférence ce qui aurait été plus difficile à animer qu'un débat en présentiel. L'auteure étant novice en la matière de recherche et d'utilisation informatique, elle s'est concentrée sur des entretiens individuels, plus accessibles d'un point de vue organisationnel.

De plus, concernant l'analyse des données, bien qu'un codage ait été réalisé par deux chercheurs distincts sur l'ensemble des entretiens, les codeurs étaient novices en matière de recherche qualitative et de réalisation d'entretiens, de ce fait, une perte de données a pu être engendrée. Concernant le recueil de données, il est à noter que les entretiens étaient enregistrés sur fichier audio et non vidéo, même si des notes étaient prises au cours des entretiens, il persiste tout de même une perte de données visuelles, notamment sur le plan para-verbal et non-verbal.

2. Résultats confrontés aux données de la littérature :

a) Les solutions apportées par la téléconsultation :

i. *Démographie et accès aux soins :*

Cette étude nous montre donc que la téléconsultation a été très bien accueillie par les interviewés. Cet outil permet un gain de temps considérable pour le patient qui n'a plus à se déplacer, ni à se préparer avant la téléconsultation et qui peut réaliser l'entretien directement du lieu où il se trouve. Ce gain de temps est aussi valable pour le médecin, qui, moins dérangé par les appels de demandes d'avis serait plus concentré, et plus disponible. Les patients y voient ici leur intérêt car ceci contribuerait à une meilleure relation médecin-patient en facilitant les échanges et en diminuant le risque d'erreurs.

Mais qu'en est-il pour le médecin ?

Ces dernières années avec le boom d'internet, de la téléphonie, et avec la relation médecin-patient évoluant vers un modèle consumériste, les médecins sont de plus en plus confrontés à des demandes dématérialisées : avis téléphoniques en tout genre, demandes d'ordonnances ou de documents d'ordre administratif par mail ... (44) Ces demandes se multiplient : en 1994, le travail de thèse de L. Fognini montre qu'en moyenne un médecin généraliste est dérangé 15 minutes par jour avec environ 10 appels téléphoniques quotidiens (45). Les études plus récentes montrent que malgré la présence de secrétariats et de plateformes de prise de rendez-vous dématérialisées, le nombre d'appels est en constante augmentation avec une moyenne de 15,5 appels par jour observée dans la thèse de Mr Truchon en 2010 dont un tiers concernent des demandes d'avis médicaux par voie téléphonique (46).

Par ailleurs, selon l'article R.4127-53 du Code de la Santé Publique toujours en vigueur : « *Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.* » (47) La télémédecine semble donc être une solution controversée puisque d'un côté les médecins souhaiteraient l'utiliser afin de basculer en téléconsultation certains avis téléphoniques chronophages délivrés gratuitement jusqu'alors, tandis que le cadre légal toujours en vigueur estime que ces avis doivent rester le fruit d'un travail bénévole.

Les interviewés notent que la téléconsultation est également un excellent outil puisqu'il favorise l'accès aux soins des personnes isolées, et des personnes

à mobilité réduites tout en permettant de pallier le manque de médecins dans les déserts médicaux.

Est-ce une réelle solution ?

Nous avons vu dans l'introduction qu'un vieillissement de la population d'omnipraticiens ayant un rythme moins soutenu que leurs prédécesseurs, dans un contexte d'obligations multiples (formations, tâches administratives, avis téléphoniques, coordination des soins), sans majoration par ailleurs du numérisé associé à un vieillissement de la population générale allait conduire d'ici une 20^{aine} d'années à une carence de soins.

Dans ce contexte, les visites à domicile sont peu à peu abandonnées par les omnipraticiens, en 20 ans leur nombre a été divisé par 3. Avec une moyenne de 30 à 60 minutes par consultation, elles sont considérées par les praticiens comme trop chronophages, mal rémunérées et l'absence de dossier accessible au domicile du patient, peut être source d'erreurs (48–50).

La téléconsultation semble donc prometteuse pour assurer ce suivi au domicile de patients isolés parfois périlleux, cependant certains praticiens restent prudents : l'examen clinique limité pourrait conduire à des diagnostics erronés (39).

Ces propos sont également à modérer car la téléconsultation ne sera pas synonyme de meilleur accès aux soins pour des patients n'ayant pas de médecin traitant déclaré. En 2019, selon un sondage de « l'UFC-Que choisir » auprès de 2770 médecins généralistes, 44% des interviewés déclaraient ne plus recevoir de nouveaux patients et 1 français sur 10 n'avait pas de médecin traitant déclaré (51).

Enfin, au cours des entretiens, les interviewés ont noté l'importance d'un bon équipement mobile et internet du médecin et du patient afin d'assurer une communication de qualité. Or nous pouvons observer sur la figure 6 que les zones les mieux pourvues en réseau 5G et 4G sont les régions les plus peuplées du Var (la bassin hyérois, Toulon, Brignoles, Draguignan, Fréjus...) et qu'en dehors de ces villes, le Haut-Var est moins bien desservi en termes de réseau mobile.

La Carte 7 montre en bleu et en jaune les régions sous dotées en omnipraticiens et en blanc les régions suffisamment pourvues en médecins généralistes. On se rend compte en comparant les deux images que les zones dépourvues de réseau internet décent coïncident avec les déserts médicaux. La téléconsultation semble donc n'être qu'une réponse partielle pour les personnes isolées qui resteront tributaires du réseau internet mis à disposition par leur commune.

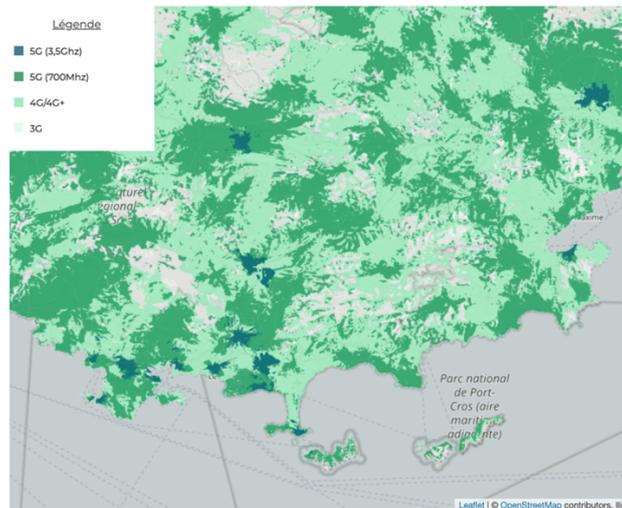


Figure 6- Cartographie montrant le réseau Internet Mobile Free sur le territoire varois en 2021(52)



Figure 7-Cartographie montrant les zones d'intervention prioritaires du Var définies par l'ARS en 2018(53)

Cet outil, synonyme pour les usagers de modernité à l'ère du numérique, a été le bienvenu dans le contexte exceptionnel de crise sanitaire que nous traversons, puisqu'il a permis le maintien des soins, tout en garantissant le respect des gestes barrières. En revanche on peut voir à l'issue de ce travail que la téléconsultation, bien qu'elle permette un gain de temps considérable pour les médecins n'ayant plus à se déplacer, ne pourra pas, à elle seule, gommer toutes les inégalités d'accès aux soins.

b) Une consultation et une relation en reconstruction :

Si les patients ont apprécié le côté rassurant de la télémédecine, ils précisent que les codes de la relation médecin-patient ne sont plus les mêmes et doivent être repensés. La relation dématérialisée, moins chaleureuse que celle que nous connaissons, n'est qu'une question d'habitude selon les interviewés. Le médecin

devra au sein d'une relation de confiance préétablie, éduquer le patient à sa pathologie, à la pertinence de recours à la télémédecine, tout en décidant à l'issue de la consultation du parcours de soin à adopter. Le patient, quant à lui, sera responsabilisé. Il devra s'interroger sur la pertinence de requérir une téléconsultation plutôt qu'une consultation en présentiel, en fonction de sa symptomatologie, et devra également avoir confiance en son interlocuteur. Afin de faciliter l'entretien, la HAS a publié une fiche intitulée « Ma consultation médicale à distance » dans le but de guider le patient dans son usage de la télémédecine, ainsi qu'un « guide de bonnes pratiques » à l'intention des médecins (20). Sur le plan médico-légal la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) affirme dans son rapport de 2012 que les responsabilités juridiques des professionnels de santé restent inchangées (54).

La télémédecine présente beaucoup d'avantages, mais elle n'est pas vouée à remplacer les consultations traditionnelles. En effet, les patients la décrivent comme un mode de recours complémentaire. En avril 2019, les motifs de recours les plus fréquents en téléconsultations étaient (55):

- Rhumes et syndromes grippaux (12%),
- Les diarrhées et vomissements (9%),
- Les maux de gorge (8%),
- La fièvre (7%),
- Les éruptions cutanées (7%).

Selon Qare© une société privée de téléconsultation, les motifs les plus rencontrés en mai 2020 sont dans l'ordre : les éruptions cutanées, la gastro-entérite, la conjonctivite, la rhinopharyngite, et l'infection urinaire (56). Ces résultats concordent avec les témoignages des patients recommandant la téléconsultation plutôt pour des pathologies « simples », bénignes, avec des symptômes reconnus. Selon les patients, la télémédecine se prête également aux demandes concernant des résultats d'analyses, des renouvellements d'ordonnances, des demandes administratives, ou encore pour remplacer les avis téléphoniques. Si la médecine générale se prête facilement à la télémédecine, les patients sont réticents à l'idée de consulter un spécialiste par ce biais, sauf en cas de force majeure (ici : contexte de confinement).

c) Les limites de la téléconsultation :

i. Un clivage sociétal :

La télémédecine ne se prête pas à tout le monde et l'une des craintes principales des interviewés est que cela crée encore plus de disparités sociales :

- **Un clivage financier** du fait d'un équipement coûteux (internet, smartphone, ordinateurs...). A noter qu'aujourd'hui les téléconsultations sont remboursées selon les mêmes modalités qu'une consultation classique afin de limiter ces disparités.
- **Un clivage générationnel** entre les papy boomers et la génération alpha. L'aide d'un tiers pourra être proposée : famille ou « assistant de téléconsultation » afin d'aider notamment lors de la première téléconsultation, ou si nécessité d'utilisation d'accessoires.
- **Un accès limité selon le terrain médical** puisque certains patients du fait de leurs pathologies ne pourront pas recourir à cet outil : trouble auditifs, cognitifs, troubles de l'élocution, etc. L'aide du tiers pourra également leur être proposée.

ii. Des limites technologiques :

Les patients interrogés ont, en majorité, adhéré au concept de la téléconsultation. Ils ont néanmoins rapporté quelques dysfonctionnements techniques qui restaient anecdotiques et n'ont pas empêché l'entretien (soucis de caméra ou problème de connexion Doctolib®). Les médecins quant à eux, doivent s'habituer à poser des e-diagnostics pour l'instant basés sur un examen clinique essentiellement visuel et sur l'interrogatoire des patients, faute d'objets connectés disponibles. Les usagers, pour certains déjà équipés d'oxymètres et de tensiomètres, souhaiteraient également voir arriver à leur domicile des dispositifs médicaux connectés. Certaines entreprises françaises se sont déjà lancées dans la conception d'outils connectés dont un monitoring de poche multi-usage surveillant à la fois : la glycémie, la tension, la saturation, la température et le pouls. D'autres outils connectés sont également en voie de développement (stéthoscopes, otoscopes...). On citera également l'Apple Watch®, outil disponible au grand public, reconnu par certaines sociétés savantes de cardiologie afin de détecter d'éventuels passage en fibrillation auriculaire (57).

iii. La consommation de soins :

L'évolution des usages sociétaux, les mécanismes d'« Ubérisation » en cours dans de nombreux pans de l'économie, ainsi que la mise en concurrence liée

à l'aplanissement des barrières grâce aux technologies internet, transforment chaque métier et bientôt chaque usage en un service, en tout ou partie. De ce fait, les patients attendent un service rendu, une rapidité, une efficacité, un rendement, qui, jusqu'ici épargnaient le domaine médical.

Il ressort de cette thèse et de la littérature que médecins, comme patients, craignent qu'une relation dématérialisée ne conduise à une consommation de soins démesurée, certains parlent même d'« Ubérisation des soins ». L'Insee dénombre 28 millions de rendez-vous non honorés sur l'année 2018 malgré la présence de plateformes médicales proposant des rappels de rendez-vous par SMS (58).

Ainsi, dans la société actuelle, le médecin est vu désormais par les patients comme un prestataire de services et exigent de lui des résultats probants. La consommation de soins aurait augmenté de 22% en 10 ans, représentant pas moins de 208 milliards d'euros pour l'année 2019 soit 8,6% du PIB (59,60). Par ailleurs, le patient considère la santé comme un service qu'il peut solliciter sans restriction puisque la majorité des frais sont remboursés par la Sécurité Sociale et sa caisse complémentaire, cela est d'autant plus vrai pendant la période de crise sanitaire au cours de laquelle les téléconsultations étaient remboursées à hauteur de 100% même lorsque le parcours de soins n'était pas respecté. On voit notamment fleurir des start-up françaises privées de téléconsultation de type Qare© ou Hellocare©, proposant des téléconsultations 7 jours sur 7 de 7 heures à 22 heures avec des médecins non connus.

iv. La sécurisation des données :

Enfin, en février 2021, un piratage de données médicales sans précédent rendait accessible au tout-venant les dossiers médicaux de plus de 500 000 patients sur internet (61). La sécurisation des données semble donc être primordiale lors de l'utilisation de la télémédecine, selon les usagers. Doctolib© est désormais l'une des banques de données médicales principale en France et la plateforme de téléconsultation de référence, avec un score de 4,5 millions de téléconsultations réalisées entre mars et août 2020 (62). Les usagers ont été très satisfaits de l'usage de cette application fonctionnelle et simple d'utilisation. Sur son site internet, l'entreprise déclare un niveau de sécurisation des données maximal, cependant elle ne précise pas la localisation de ses Datacenter, et n'a pas souhaité donner suite aux appels et interrogations des auteurs à ce sujet (63). Par ailleurs, de nombreuses téléconsultations se sont déroulées au cours de la crise sanitaire via des applications grand public type Skype© ou Whatsapp©. L'Assurance Maladie met en garde les usagers : si la sécurisation des données semble suffisante pour un entretien vidéo, elle ne le serait pas pour un partage de documents en ligne (64).

d) La téléconsultation, outil d'avenir :

Nous avons vu au cours de ce sujet, que la téléconsultation est un outil complémentaire des consultations traditionnelles. Elle s'inscrit d'ailleurs parfaitement dans la législation encadrant la santé de demain. En effet, un projet de loi « Ma Santé 2022 » a été adopté en juillet 2019 afin de favoriser l'accès aux soins pour tous, sur le territoire français. Les mesures adoptées s'appuieront sur 3 volets (65):

- Une adaptation des structures de soins : création de maisons de santé, de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), et d'hôpitaux de proximité. Tout cela ayant pour but d'améliorer la coordination de soins sur l'ensemble du territoire.
- Une adaptation du travail en lui-même : formation d'assistants médicaux et d'« infirmiers en pratique avancée » assurant le suivi des malades chroniques permettant de décharger les médecins de certaines tâches administratives lourdes et chronophages.
- Un développement massif de la santé numérique en plaçant la télémédecine et le DMP (Dossier Médical Partagé) au cœur de la pratique quotidienne.

Enfin, ce projet permet également de repenser les études de médecine : le numérus clausus est supprimé en 2020, mais la sélection reste drastique puisque les capacités universitaires, elles, n'augmentent pas. Les passerelles entre les différents cursus universitaires seront facilitées, et les spécialités médicales seront choisies en cohérence avec le cursus de l'étudiant grâce à cette nouvelle réforme, ceci ayant pour but de garantir une meilleure formation aux étudiants en santé.

VI. CONCLUSION :

Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télémédecine dans le Var.

Cette étude qualitative basée sur 21 entretiens semi-dirigés de patients ayant eu recours à la télémédecine auprès de médecins varois nous montre que la téléconsultation a été très bien accueillie par les patients. Les usagers mettent en avant le côté pratique, instantané de la télémédecine accessible à n'importe quel moment et de n'importe quel endroit, permettant ainsi de pallier les déserts médicaux. Ils apprécient le gain de temps occasionné par cet outil bénéfique aux patients en évitant ainsi des déplacements inutiles, mais également aux soignants les rendant plus disponibles en évitant d'être dérangés par des appels téléphoniques parfois abusifs, assurant ainsi des soins de meilleure qualité. Cet outil permettrait également la continuité des soins en contexte épidémique, évitant aux patients la « salle d'attente », un lieu décrit comme anxiogène par certains usagers.

Ce nouvel outil nécessite la création d'une e-relation médecin-patient sur mesure. En téléconsultation, la confiance est jugée comme primordiale par les usagers, de ce fait ils auront plus facilement recours à un médecin déjà rencontré au préalable. Les rôles de chacun doivent être redéfinis et médecins comme patients devront être formés au bon usage de la télémédecine. La formation du patient s'orientera sur les conditions d'utilisation de l'outil : comment l'utiliser, dans quel contexte est-il adapté, tandis que celle du médecin devra s'intéresser au contexte médico-légal. Les usagers jugent la téléconsultation plus utile pour des motifs relevant de la médecine générale que du spécialiste. Ils consultent pour des motifs « simples », des pathologies « bénignes », des renouvellements d'ordonnances ou pour des avis ou conseils. Enfin, le ressenti de relation déshumanisée souvent décrite dans la littérature et au cours de ce travail serait une question d'habitude selon les usagers et s'atténuerait avec l'expérience.

A l'ère du numérique, malgré une application fonctionnelle et facile d'utilisation, les usagers sont ambitieux et souhaiteraient aller plus loin en utilisant des outils connectés encore peu accessibles au grand public. Le manque d'équipement mais également la barrière que représente l'écran conduisent à un examen clinique jugé souvent trop superficiel pouvant conduire à des erreurs diagnostiques. Les usagers considèrent que la téléconsultation ne se prête pas à tout le monde : les troubles cognitifs, les déficits sensoriels et la technophobie peuvent être des freins à son utilisation. Les dysfonctionnements techniques et l'appréhension de la première connexion peuvent également en limiter l'accès. La présence d'une tierce personne : télé-assistant, ou aide familiale semble être une bonne solution afin d'accompagner les patients les plus réticents dans leur

première démarche. De plus, la dématérialisation de la relation s'inscrivant dans une société consumériste pourrait conduire, selon les usagers, à une surconsommation voire à une « Ubérisation » des soins. Enfin, malgré les nombreux avantages que propose la téléconsultation, il convient de rester vigilant quant aux logiciels utilisés vis-à-vis de la sécurisation des données.

La téléconsultation semble donc être une réelle solution afin de favoriser l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire français, elle est d'ailleurs la pièce centrale des projets de lois encadrant l'organisation des soins à venir au cours des prochaines années. Si la télémédecine ne semble pas vouée à remplacer les consultations en présentiel, elle s'inscrit cependant comme un outil complémentaire de la médecine traditionnelle.

Ce travail, novateur en termes de sujet et de population étudiée, pourra être complété par d'autres études ciblant d'avantage les motifs de recours pertinent en téléconsultation par exemple. Il pourra également servir d'appui pour de recherches quantitatives au sujet de la télémédecine. Enfin, il semble important par la suite de s'intéresser au service médical rendu par la téléconsultation et aux coûts engendrés par l'usage de cet outil.

Bibliographie :

1. Thouret É. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme [Internet]. 2019 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02104788>
2. Aberrahmane M, Zhang P, Mazouri-Karker S. Téléconsultation : outil de communication médecin-patient ou révolution dans la pratique médicale ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2018 [cité 18 déc 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-620/Teleconsultation-outil-de-communication-medecin-patient-ou-revolution-dans-la-pratique-medicale#B5>
3. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2018 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
4. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2018 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303478?sommaire=3353488>
5. Parizel É, Marrel P, Wallstein R. La télémédecine en questions. Études. 5 nov 2013 ; Tome 419(11):461-72.
6. DGOS. La télémédecine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
7. Article L6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 18 déc 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/
8. WHO. WHO- A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy, 11-16 December, Geneva, 1997. Geneva, Switzerland ; 1998.
9. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 2 juill 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1622477/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-d-evaluation
10. Article R6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Cité 18 déc 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934375
11. Aellig M. La téléconsultation médicale : une pratique ancienne et délicate [Internet]. France Culture. 2020 [cité 4 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/radiographies-du-coronavirus/lart-ancien-et-delicat-de-la-teleconsultation-medecale>
12. R.T.H.Laennec. De l'auscultation médiante, ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. J-A Brosson et J-S Chaudé. Vol. 2. Paris ; 1819.
13. Willem Einthoven. In : Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Willem_Einthoven&oldid=171315216
14. Dummer GWA. Electronic Inventions and Discoveries: Electronics from Its Earliest Beginnings to the Present Day. Elsevier ; 2013. 244 p.
15. Opération Lindbergh. In : Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Op%C3%A9ration_Lindbergh&oldid=169070166
16. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004.
17. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78. 2009-879 juill 21, 2009.
18. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
19. La convention et ses avenants [Internet]. [Cité 22 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medecale-2016/convention-et->

avenants

20. Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Cité 2 juill 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques
21. Hamchiche I. Conseiller des patients depuis son canapé [Internet]. What's Up Doc. 2017 [cité 20 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/conseiller-des-patients-depuis-son-canape-0>
22. Maladie Covid-19 (nouveau coronavirus) [Internet]. Institut Pasteur. 2020 [cité 26 août 2020]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/maladie-covid-19-nouveau-coronavirus>
23. Tous les hôpitaux de l'AP-HP sont organisés pour vous accueillir : Ne renoncez donc pas aux urgences médicales ni aux soins courants [Internet]. [Cité 26 août 2020]. Disponible sur : <https://www.aphp.fr/contenu/tous-les-hopitaux-de-lap-hp-sont-organises-pour-vous-accueillir-ne-renoncez-donc-pas-aux>
24. Impact financier du Covid-19 [Internet]. ReAGJIR. 2020 [cité 26 août 2020]. Disponible sur : <http://www.reagjir.fr/blog/2020/05/19/impact-financier-du-covid-19/>
25. Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ? | Vie publique.fr [Internet]. [Cité 18 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/fiches/273947-quest-ce-que-letat-durgence-sanitaire>
26. Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus - Légifrance [Internet]. [Cité 27 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041814492/>
27. Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages [Internet]. [Cité 21 déc 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>
28. Martos S. Téléconsultation, télésoins : appel pour un déploiement pérenne et éthique. LE quotidien du médecin. 17 juill 2020;(9849) :5.
29. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [Cité 18 déc 2020]. Disponible sur : https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=acces_soin&report=r01&selgeo1=dep.83&selgeo2=fra.99
30. Lebreton-Lerouillois G. La démographie médicale en région PACA - situation en 2015. 2015 ;75.
31. Bouet Patrick. CNOM - Atlas de la démographie médicale en France - situation au 1er janvier 2020 [Internet]. 2020 p. 141. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
32. Seys B. Étude et résultats : Les emplois du temps des médecins généralistes. 2012 mars. Report No. : 797.
33. Groison D, Dhuicq G. Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des médecins correspondants [Internet]. Grenoble ; 2019 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02407581>
34. Banks J, Farr M, Salisbury C, Bernard E, Northstone K, Edwards H, et al. Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2018 ;68(666) : e1-8.
35. Cypriani F. Télémédecine en 2014 : enquête auprès des médecins libéraux français. Strasbourg ; 2014.
36. Fagerlund A-J, Holm I-M. General practitioners' perceptions towards the use of digital

- health services for citizens in primary care: a qualitative interview study | BMJ Open [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur : <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e028251.long>
37. Ameur RH. Les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale : pratique et opinion des médecins généralistes. 24 juin 2020 ;98.
 38. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain Étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul [Internet]. Lorraine ; 2015. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733671>
 39. Sliman G. Le baromètre télémédecine de l'ANS vague 2 ODOXA [Internet]. 2020 oct 22. Disponible sur : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/odoxa-pour-lans-et-le-mag-de-la-sante---barometre-telemedecine-vague-2-publie-le-22-octobre-2020.pdf
 40. Rosaz N, Truong F. Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des résidents [Internet]. Grenoble ; 2019 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404171>
 41. Roca E. Le patient et les téléconsultations en médecine générale : analyse qualitative de commentaires sur internet. Marseille ; 2020.
 42. Bouchot P, Deronzier L. Actes de télémédecine dans 3 EHPAD de Tarentaise : vécu des soignants [Internet]. Grenoble ; 2019 [cité 8 mai 2020]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02404271>
 43. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. :21.
 44. Masella J-M. Les acteurs de la santé à l'heure des « Consommateurs-Santé » [Internet]. Les Échos Solutions Business. 2019 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://solutions.lesechos.fr/business-development/c/les-acteurs-de-la-sante-a-lheure-des-consommateurs-sante-17279/>
 45. Fognini L. Le téléphone, outil du médecin : enquête réalisée auprès de 32 médecins généralistes de la région lyonnaise, destinée à appréhender le rôle du téléphone dans la vie du médecin. Lyon ; 1994.
 46. Truchon C. Le Téléphone en Médecine Générale : Outil de communication et élément perturbateur de la relation médecin-patient. Toulouse ; 2010.
 47. Amiel P. Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice code de déontologie 1947-1995 [Internet]. Belles Lettres. 2011. Disponible sur : <http://descobayesetdeshommes.fr/>
 48. Grau R. La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition - MACSF [Internet]. MACSF.fr. 2020 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/visite-domicile-medecin-generaliste-pratique-voie-disparition>
 49. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes. 2019 ; 107.
 50. Tranthimy L. Visite à domicile : un acte chronophage « mal ou très mal payé » pour 90 % des généralistes ! [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2020 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/visite-domicile-un-acte-chronophage-mal-ou-tres-mal-paye-pour-90-des-generalistes>
 51. Cambier C. Près d'un médecin sur deux n'accepte plus de nouveaux patients : en a-t-il le droit et que faire en cas de refus ? [Internet]. LCI. 2019 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.lci.fr/sante/pres-d-un-medecin-sur-deux-n-accepte-plus-de-nouveaux-patients-selon-ufc-que-choisir-en-a-t-il-le-droit-2138294.html>
 52. Free Mobile. Carte de couverture réseau mobile [Internet]. 2021 [cité 14 mars 2021]. Disponible sur : <https://mobile.free.fr/couverture/>
 53. AMELI. Rezone - Médecins [Internet]. [Cité 14 mars 2021]. Disponible sur :

<http://rezone.ameli.fr/rezone/>

54. Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Direction générale de l'offre de soins : télémédecine responsabilités juridiques engagées [Internet]. 2012. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
55. B. Estelle. Téléconsultations : quels sont les premiers résultats ? [Internet]. Santé sur le net. 2019 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.sante-sur-le-net.com/teleconsultations-premiers-resultats/>
56. Traule V. Les 5 motifs de téléconsultation les plus courants Qare [Internet]. Qare. 2020 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.qare.fr/blog/2020/05/20/5-motifs-de-teleconsultation/>
57. Seshadri Dhruv R., Bittel B., Browsky D., et al. Accuracy of Apple Watch for Detection of Atrial Fibrillation. *Circulation*. 25 févr 2020 ; 141(8):702-3.
58. Jolly A., Legendre L. Cabinets médicaux : la lutte contre les rendez-vous manqués [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/professions-medicales/cabinets-medicaux-la-lutte-contre-les-rendez-vous-manques_3486817.html
59. INSEE. Dépenses de santé – France, portrait social | Insee [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797636?sommaire=4928952>
60. Le Merlus C. Dépenses de santé : plus elles augmentent, moins il en coûte aux ménages [Internet]. Libération. 2020 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/france/2020/09/16/depenses-de-sante-plus-elles-augmentent-moins-il-en-coute-aux-menages_1799564/
61. La rédaction de LCI. Les données médicales de 500.000 Français dérobées et diffusées sur internet [Internet]. LCI. 2021 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.lci.fr/sante/hacking-cyberattaque-fuite-de-donnees-medicales-pres-de-500-000-personnes-touchees-en-france-2179137.html>
62. L'équipe Doctolib. 2020, année de la téléconsultation [Internet]. Doctolib Blog. 2020 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://info.doctolib.fr/blog/plateforme-teleconsultation/>
63. Doctolib | Confidentialité et sécurité des données [Internet]. [Cité 1 juill 2020]. Disponible sur : <https://info.doctolib.fr/confidentialite-securite.html>
64. Assurance Maladie. Généralisation de la téléconsultation en France, communiqué de synthèse du 12 septembre 2018 [Internet]. 2018 sept p. 13. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-09-12-dp-generalisation-teleconsultation-france-15-septembre-2018.pdf>
65. Adoption du projet de loi Ma Santé 2022 par le Parlement [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/adoption-du-projet-de-loi-ma-sante-2022-par-le-parlement>
66. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. 9 janv 2015 [cité 3 juin 2020] ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/949716>
67. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

Annexes :

Annexe 1 :

Grille COREQ – ligne directrice pour des articles de recherche (66)

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

1	Enquêteur/Animateur	<i>Quels auteurs ont mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?</i>	VITALI Chloé
2	Titres académiques	<i>Quels étaient les titres académiques des chercheurs ?</i>	Aucun
3	Activité	<i>Quelle était leur activité au moment de l'étude ?</i>	Interne en médecine générale
4	Genre	<i>Les chercheurs étaient-ils un homme ou une femme ?</i>	Femme
5	Expérience et formation	<i>Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?</i>	Aucune

Relation avec les participants :

6	Relation antérieure	<i>Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?</i>	Non
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	<i>Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (Objectifs personnels, motifs de la recherche)</i>	L'activité professionnelle du chercheur
8	Caractéristiques de l'enquêteur	<i>Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?</i>	L'intérêt du sujet en lien avec sa profession, l'absence de conflits d'intérêt

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique :

9	Orientation méthodologique et théorie	<i>Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour l'étude ?</i>	Analyse thématique, phénoménologique
---	---------------------------------------	--	--------------------------------------

Sélection des participants

10	Échantillonnage	<i>Comment ont été sélectionnés les participants ?</i>	Via les médecins par voie indirecte, via les patients « effet boule de neige »
----	-----------------	--	--

11	Prise de contact	<i>Comment ont été contactés les participants ?</i>	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	<i>Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?</i>	21
13	Non-participation	<i>Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?</i>	5 patients n'ont pas répondu Tous les participants sont allés au bout de l'étude

Contexte :

14	Cadre de la collecte de données	<i>Où les données ont-elles été recueillies ?</i>	Domicile (entretiens vidéo)
15	Présence de non-participants	<i>Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?</i>	Non
16	Description de l'échantillon	<i>Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?</i>	Volontaires ayant eu recours à la téléconsultation < 2mois

Recueil des données :

17	Guide d'entretien	<i>Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par l'auteur ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?</i>	Oui Oui (cf annexe 2)
18	Entretiens répétés	<i>Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?</i>	Non
19	Enregistrement audio/visuel	<i>Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?</i>	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	<i>Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?</i>	Non
21	Durée	<i>Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?</i>	23 minutes en moyenne
22	Seuil de saturation	<i>Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?</i>	Oui
23	Retour des retranscriptions	<i>Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?</i>	Non mais cela a été proposé

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	<i>Combien de personnes ont codé les données ?</i>	2
25	Description de l'arbre de codage	<i>Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?</i>	Oui (annexe 5)

26	Détermination des thèmes	<i>Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?</i>	A partir des données
27	Logiciel	<i>Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?</i>	Microsoft Word 2019A© Et Nvivo©
28	Vérification par les participants	<i>Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?</i>	Non

Rédaction :

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

Annexe 2 :

Questionnaire de thèse : Guide d'entretien

1.Présentation, consentement :

Bonjour, je suis Mlle Chloé VITALI interne en médecine générale, j'interviens ici en qualité de chercheur dans le cadre de mon travail de thèse.

Le sujet de cette thèse concerne votre ressenti vis-à-vis de la téléconsultation dont vous avez pu bénéficier récemment. Je vais, dans ce contexte vous poser plusieurs questions auxquelles vous êtes totalement libre de répondre ou de ne pas répondre, sans justification nécessaire. Par ailleurs, sachez qu'il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. Nous pouvons faire une pause ou arrêter l'entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Les questions seront ouvertes et larges, le but étant que j'intervienne le moins possible au cours de l'entretien, afin de vous laisser vous exprimer au maximum. C'est donc vous qui vous exprimerez la plupart du temps. La conversation sera enregistrée à l'aide d'un téléphone et d'un ordinateur afin de faciliter la retranscription. Une fois retranscrits, les fichiers enregistrés seront effacés. Les données seront rendues anonymes, je ne ferai mention ni de votre nom ni des détails de l'entretien qui pourraient mener à votre identification. À tout moment vous pourrez avoir accès à cette retranscription. Par ailleurs, ce sujet de thèse ne concerne en aucun cas vos données médicales ou vos antécédents médicaux, je vous inviterai donc à ne pas les mentionner au cours de l'entretien.

Avant de débiter, nous allons regarder ensemble le formulaire de consentement que je vous laisserai signer en cas d'accord.

Par ailleurs, si vous ne souhaitez plus participer à l'étude, vous pouvez y renoncer à tout moment même après cet entretien.

2.Objectifs :

Questionner les patients ayant bénéficié d'une consultation médicale par le biais de téléconsultation il y a moins de deux mois, sur leur vécu et leur ressenti.

3.Contexte :

- Age :
- Sexe :
- Ville de résidence :
- Médecin traitant :
- Avec qui avait lieu la téléconsultation (médecin traitant, médecin généraliste, spécialiste) :
- Étais-ce la première téléconsultation ?
- Pour quelles raisons avoir recours à la téléconsultation ? (COVID, isolement, médecin non disponible par un autre biais...)

4. Questions principales et générales :

Question brise-glace : Racontez-moi comment s'est déroulée votre téléconsultation ?

Relance : quels ont été les points positifs et négatifs ?

Quel a été votre ressenti vis-à-vis de cette téléconsultation ?

Relance : quels ont été les points positifs et négatifs ?

Questions dirigées :

Dans quel autre type de consultation souhaiteriez-vous renouveler l'expérience de télémédecine ?

Dans quel contexte recommanderiez-vous la téléconsultation ?

Pour quel motif recommanderiez-vous l'usage de la téléconsultation ?

Combien de temps a duré cette consultation ?

Comment avez-vous trouvé la répartition et la gestion du temps par le médecin de cette consultation par rapport à une consultation classique ?

Quel était votre ressenti par rapport à l'absence physique d'un médecin ?

Quels a priori aviez-vous sur la télémédecine ?

Qu'en pensez-vous maintenant ?

Quelles étaient vos émotions ? (Étiez-vous confiant d'être chez vous ou angoissé vis-à-vis de la gestion de la technologie ?)

Quels éléments rendaient selon vous la consultation plus simple ou plus complexe ?

Comment avez-vous réglé la téléconsultation ? Comment avez-vous obtenu les ordonnances ?

Avez-vous tout compris de cette consultation ?

Que pensez-vous de la sécurisation des données ?

Annexe 3 :
Formulaire de consentement :

Je, soussigné Mr/Mme.....déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : **Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télémédecine dans le Var.**

Sous la direction de Dr PINILLA Rafael
Promoteur : Aix Marseille Université

Investigateur principal : VITALI Chloé, 9^{ème} année de médecine, interne en médecine générale

But de l'étude : Recueillir un retour d'expérience d'un patient vis-à-vis de la téléconsultation.

Engagement du participant : l'étude va consister à recueillir votre ressenti vis-à-vis de la téléconsultation par le biais d'entretiens enregistrés.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas, de ce fait, dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait àle

Signatures :

Le participant :
(21)

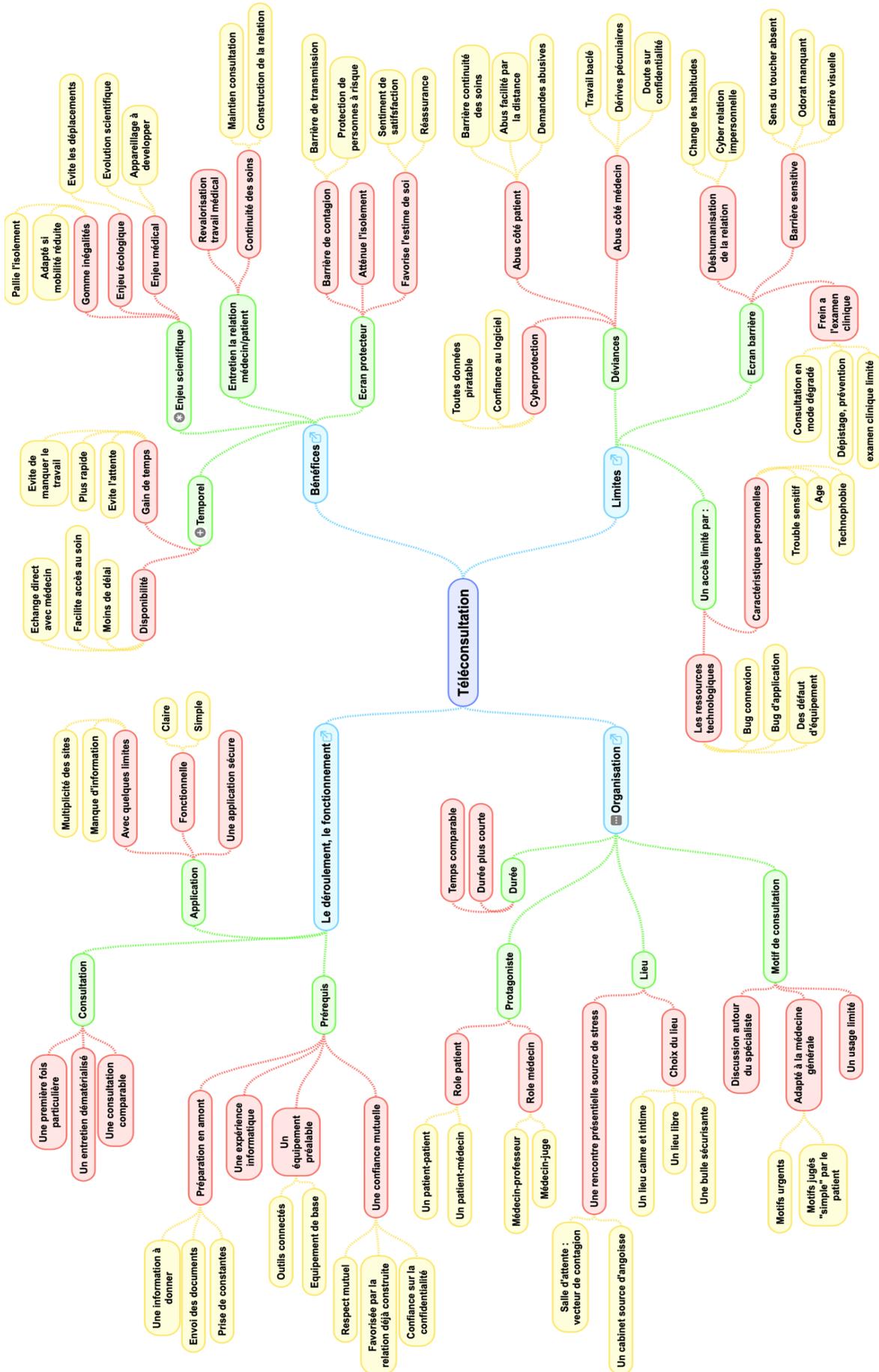
L'investigateur principal

Annexe 4 : Caractéristiques de la population

Sexe	Age	Socio professionnel	Lieu de vie	Qualité du Médecin Consulté	Nombre de téléconsultations réalisées	Temps entretien	Motif de consultation
Féminin	72ans	Retraitée/ALD	Urbain	Spécialiste	1 ^{ère}	17min 10	RO
Masculin	50ans	Salarié	Urbain	MT	>10	23min 54	RO
Masculin	82ans	Retraité/ALD	Rural	MT	1 ^{ère}	17min 20	RO
Masculin	26ans	Interne médecine	Urbain	Spécialiste	1 ^{ère}	23min 03	RO
Féminin	43ans	Salariée/ALD	Semi-rural	Spécialiste	1 ^{ère}	20min13	RO
Masculin	72ans	Retraité	Urbain	MT	1 ^{ère}	23min 25	Question examen complémentaire
Féminin	72ans	Retraitée aisée / ALD	Rural	MT	2 ^{ème}	25min10	Suivi Covid
Féminin	51ans	Salariée	Rural	MT	1 ^{ère}	20min35	Pathologie aigue (psychologique)
Masculin	73ans	Retraité aisé / ALD	Rural	MT	3 ^{ème}	25min 30	Suivi Covid
Féminin	19ans	Étudiante	Urbain	MT	>10	26min 25	RO
Masculin	82ans	Retraité / ALD	Urbain	MT	2 ^{ème}	31min	Suivi pathologie chronique
Masculin	39ans	Salarié	Urbain	MT	1 ^{ère}	21min 07	Pathologie aigüe
Masculin	23ans	Étudiant / ALD	Semi-rural	Ancien MT	>10	21min 27	RO
Féminin	55ans	Fonctionnaire	Urbain	MT	3 ^{ème}	19min	Certificat
Féminin	50ans	Salarié	Semi-rural	MT	5 ^{ème}	20min00	RO
Féminin	47ans	CMU	Urbain	MT	1 ^{ère}	28min 57	Consultation pédiatrique
Masculin	60ans	Retraité	Semi-rural	MT	2 ^{ème}	30min58	RO
Masculin	77ans	Retraité / ALD	Urbain	MT	1 ^{ère}	15min 33	RO
Féminin	52ans	Salarié / ALD	Urbain	MT	2 ^{ème}	31min 58	Demande documents
Masculin	39ans	Fonctionnaire	Urbain	Ancien MT	1 ^{ère}	21min 54	Pathologie aigue
Féminin	61ans	Salarié	Urbain	MT	2 ^{ème}	18min05	Pathologie aigue

Temps moyen 23 minutes 00 secondes

Annexe 5 : Arbre décisionnel thématique



Lexique :

ALD : Affection Longue Durée

ANS : Agence du Numérique en Santé

AP-HP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil de l'Ordre des médecins

COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CPP : Comité de Protection des Personnes

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MT : Médecin traitant

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PCR : Polymerase chain reaction

REAJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

RO : Renouvellement d'ordonnance

UFC-Que choisir : Union Fédérale des Consommateurs

Serment d'Hippocrate :

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012.

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”(67)

Téléconsultation : vécu et ressenti de patients ayant eu recours à la télémédecine dans le Var.

INTRODUCTION : La téléconsultation est un mode d'exercice reconnu par le Droit Commun français depuis 2018. En 2020, sa pratique se démocratise pour faire face à l'état d'urgence sanitaire due à la Covid-19. Si de rares études se sont intéressées au ressenti des médecins vis-à-vis de la télémédecine, il n'en existe pas au niveau national répertoriant le ressenti de patients ayant eu recours à la téléconsultation. L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti et le vécu de patients ayant bénéficié d'une téléconsultation dans le Var entre mai 2020 et mars 2021.

METHODE : Étude qualitative de type analyse phénoménologique par entretiens semi-dirigés via un guide d'entretien auprès de 21 patients ayant eu recours à la téléconsultation avec des médecins varois au cours des 2 mois précédant l'entretien. Une analyse thématique de l'ensemble des entretiens a été réalisée en double codage via Nvivo©, puis a été triangulée avec les données de la littérature.

RESULTATS : Les patients étaient globalement satisfaits de leur téléconsultation. Ils ont apprécié l'absence de déplacement occasionnant un gain de temps, mais aussi le côté rassurant du domicile permettant d'assurer la continuité des soins en contexte épidémique. L'organisation de la consultation doit être repensée face à ce nouvel outil : les motifs de recours, le lieu et les rôles de chacun sont redéfinis. Le bon déroulement de la consultation repose avant tout sur un support informatique fonctionnel ainsi que sur des protagonistes investis. Les usagers restent cependant vigilants quant aux dérives favorisées par une déshumanisation de la relation médecin-patient.

CONCLUSION : L'usage de la téléconsultation a été propulsé par la crise sanitaire, permettant de faciliter l'accès aux soins. A l'ère du numérique, la télémédecine a été très bien accueillie par les patients souhaitant même aller plus loin avec l'usage d'objets connectés. Toutefois cet outil nécessite de redéfinir les rôles de chacun au cœur d'une nouvelle relation médecin-patient dématérialisée. Si la télémédecine n'est pas vouée à remplacer les consultations en présentiel, elle s'inscrit cependant comme un outil complémentaire de la médecine traditionnelle.

MOTS-CLES : Télémédecine, téléconsultation, relation médecin-patient, consultation à distance, vécu patients, e-santé, recherche qualitative, accès aux soins.