HAL
open science

Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire. Étude qualitative phénoménologique

Solenne Maurin

To cite this version:

Solenne Maurin. Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire. Étude qualitative phénoménologique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03281280

HAL Id: dumas-03281280

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281280v1

Submitted on 8 Jul 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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Solenne MAURIN

Le jeudi 03 juin 2021

TITRE

Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire. Etude qualitative phénoménologique.

Directeur de thèse : M. le Docteur David JUGE

JURY

M. le Professeur Philippe LAMBERT	Président
M. le Professeur Gérard BOURREL	Assesseur
M. le Docteur David JUGE	Assesseur

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Solenne MAURIN

Le jeudi 03 juin 2021

TITRE

Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire. Etude qualitative phénoménologique.

Directeur de thèse : M. le Docteur David JUGE

JURY

M. le Professeur Philippe LAMBERT	Président
M. le Professeur Gérard BOURREL	Assesseur
M. le Docteur David JUGE	Assesseur

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivuer
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2ème classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe

MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre bienveillance et votre réactivité. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gérard BOURREL, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury pour juger mon travail, merci infiniment pour votre aide précieuse, vos conseils et votre disponibilité pendant l'élaboration de celui-ci. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur David JUGE, tu m'as fait l'honneur d'être le directeur de cette thèse. Merci d'avoir accepté sans hésitation et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ton soutien indéfectible, tes conseils pertinents et ces bons moments passés en stage.

A Monsieur le Docteur Ghassan FAYAD, merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse, merci pour ton aide et ta collaboration pour ce travail.

A tous les médecins qui ont accepté de prendre le temps de participer à ce travail de recherche et ainsi de partager leurs expériences vécues. Un grand merci à tous et ce fut un plaisir d'échanger avec vous.

A mes parents, Christine et Eric, merci pour votre amour inestimable, votre soutien infaillible et votre patience tout au long de ces années. Vous avez toujours su être présents et à l'écoute dans les bons moments comme dans les mauvais. Vous êtes des parents formidables. Sans vous je ne serais jamais arrivée là où j'en suis aujourd'hui. Merci !

A ma petite sœur chérie, Oriane, merci pour tout ! Tu as toujours été là pour moi. Merci pour ta complicité, ta patience, ton soutien et ton amour. Je ne pouvais rêver mieux que d'avoir une sœur telle que toi. Merci également à Maurin que j'apprécie.

A Matthieu, mon mari qui a toujours été à mes côtés depuis 12 ans. Merci pour chaque jour partagé avec toi. Tu es un pilier dans ma vie. Merci pour ton amour, ton soutien, ton réconfort dans les moments difficiles de ses longues études, pour ton aide dans mon travail tout au long de ces années. Merci pour tout !

A mes grands-parents, un grand merci à vous pour tous les souvenirs d'enfance remplis de joie, pour vos valeurs humaines que vous m'avez transmises et pour vous être si bien occupé de moi quand j'étais petite. Merci à mon grand-père maternel qui m'a donné le goût du travail et m'a fait repoussé mes limites toujours plus loin, merci car sans lui je n'en serais jamais arrivée là. Avec Maman vous m'avez appris à être rigoureuse, persévérante, humaine et humble. Merci à mon grand-père paternel, parti trop tôt, pour son sourire et ses blagues, ils resteront gravés en moi. Merci mes grands-mères pour leur amour incommensurable et leur présence à mes côtés. J'espère que vous êtes fières de moi.

A ma famille, merci à tous mes oncles et tantes ainsi qu'à toutes mes cousines chéries pour tous ces moments de partage en famille et votre soutien. J'ai hâte que nous puissions repartager d'aussi bons moments quand il y a aura moins de covid.

Merci à mon parrain et oncle Jean-Michel, médecin généraliste, mon modèle, à qui j'ai toujours voulu ressembler depuis toute petite.

A ma belle-famille, Isabelle, Xavier et Thomas, vous êtes ma deuxième famille, merci pour votre amour et votre soutien. Merci à mon beau-père, médecin lui aussi, pour ce compagnonnage très enrichissant.

A mes amis d'enfance, Isabelle, Charline et Cyril et tous les autres, merci pour vos amitiés précieuses, votre soutien et votre présence.

A mes amis d'externat, Corisande, Thomas, Victoria, Agnès, Marielle, Estelle, Manu et tous les autres, merci car grâce à vous ces années d'études ont été bien plus douces malgré les difficultés. Mention spéciale à Cori, Thomas et Victoria pour les soirées colles de D4 toujours accompagnées d'un excellent repas !

A Jean-François et à mes amis musiciens du Condor, merci à vous pour tous ces moments agréables partagés en musique pendant toutes ces années qui ont été pour moi des bouffées d'oxygène remplies de bonheur.

A tous les médecins que j'ai croisés pendant mes études. Ils n'ont fait que renforcer ma volonté et mon amour pour la médecine générale. Merci au Docteur Kamel HADJOUDJ, mon premier maitre de stage en tant qu'interne et mon tuteur pour ces 3 années de fin d'études, merci infiniment pour ton soutien, ton enseignement et toutes ces heures passées à travailler sur mon portfolio ensemble.

A tous mes co-internes que j'ai rencontrés lors de mes différents stages, merci pour ces moments partagés.

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue que je n'ai pu citer.

A Déborah, merci pour ce bout de chemin passé ensemble, c'était un plaisir de travailler avec toi.

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HPST : Hôpital – Patients – Santé – Territoires

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

COVID : Corona Virus Disease

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

ALD : Affection de Longue Durée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

CMU : Couverture Maladie Universelle

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

Table des matières

I. Introduction 24

II. Méthodes 27

A. Type de méthode 27

B. Population 27

C. Méthode de recueil 27

D. Méthode d'analyse 28

III. Résultats 30

A. Caractéristiques de la population 30

B. Catégories 30

1. La téléconsultation, une pratique plutôt mal considérée par les médecins généralistes avant la crise du coronavirus. 30

2. Les éléments qui ont facilité l'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire. 31

3. Les débuts de la pratique de la téléconsultation, un apprentissage contraignant sur le terrain. 34

4. Après la crise, les médecins généralistes prennent conscience des motifs d'intérêt de la téléconsultation 38

5. La téléconsultation est une nouvelle manière d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles et qui génèrent des attentes et des craintes. 40

IV. Discussion 44

A. Rappel de l'objectif 44

B. Principaux résultats 44

C. Confrontation à la littérature 45

D. Confrontation avec une étude menée en milieu urbain par entretiens semi-dirigés faite simultanément 49

E. Forces et limites 53

F. Perspectives 55

V. Conclusion 57

VI. Références bibliographiques 58

VII. Annexes 66

A. Annexe 1 : Questionnaire 66

B. Annexe 2 : Guide d'entretien 67

C. Annexe 3 : Verbatim 68

D. Annexe 4 : Fiche de consentement 69

E. Annexe 5 : Caractéristiques de la population 70

VIII. Serment 71

IX. Résumé 72

I. Introduction

La télémédecine est une façon d'exercer la médecine à distance grâce aux télécommunications (1). Elle commence à se développer en France de manière expérimentale à la fin des années 80 notamment dans la région pilote Midi-Pyrénées, au CHU de Toulouse, doyen de l'expérimentation française (2). Son cadre juridique apparait dans l'article 78 de la loi HPST de 2009 (3). La télémédecine est composée de cinq branches : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la téléassistance médicale et la régulation médicale (4). Leurs cadres réglementaires et leurs conditions de mise en œuvre sont définis par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 pour permettre le déploiement d'expérimentations régionales sur l'ensemble du territoire (4).

Augmenter la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leurs lieux de vie, simplifier l'accès aux soins pour tous, favoriser la coordination entre les professionnels de santé, anticiper ou éviter les hospitalisations ou ré-hospitalisations, réduire le recours aux urgences, ou encore diminuer le coût des transports sont les objectifs de cette forme de pratique médicale (5).

La télémédecine est aussi un atout majeur pour augmenter l'efficience de l'organisation du système de santé et pour lutter contre l'inégalité d'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire (6).

Il faut attendre l'année 2018, où la télémédecine était jusque-là mise en place seulement de manière expérimentale, pour que certaines branches de la télémédecine entrent dans le droit commun (6). La signature de l'Avenant n°6, le 25 août 2016 entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, représente le premier point de rupture dans l'histoire de la télémédecine entre la fin de l'expérimentation et le début du déploiement sur le territoire national (7). Il permet la prise en charge d'actes de téléconsultation et de télé-expertise en EHPAD. Le second point important est l'accord conclu entre les deux parties, le 14 juin 2018. L'Assurance maladie peut désormais rembourser les actes de téléconsultation depuis le 15 septembre 2018 et ceux de télé-expertise depuis le 10 février 2019. Ces mesures visent à accélérer et encadrer le bon développement de cette pratique sur le territoire national (6).

Dans notre travail, nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'acte de la téléconsultation en médecine générale. La téléconsultation correspond à une consultation réalisée par un médecin à distance du patient, ce dernier pouvant être seul ou avec un autre professionnel de santé. Les conditions de mise en œuvre ont été définies par la sécurité sociale (8).

Au 17 mars 2019, le bilan à 6 mois de la légalisation de cette branche de la télémédecine montre que 7 939 actes ont été remboursés (9). A un an du début de la prise en charge par l'assurance maladie, 60 000 actes de téléconsultation ont été réalisés, dont 65% ont été effectués par des médecins généralistes (10). Le remboursement par l'Assurance Maladie a permis une nette augmentation du nombre de téléconsultation cependant sa croissance est plus lente que prévue. Le Gouvernement estimait 500.000 actes réalisés en 2019 et 1 million en 2020 (11).

Pour encourager cette pratique, une aide financière de la sécurité sociale est mise en place via deux nouveaux indicateurs pour l'équipement informatique des cabinets (vidéotransmission sécurisée et appareils médicaux connectés) (12).

Différentes études ont exploré l'opinion et les représentations des médecins généralistes sur la téléconsultation. Même si la téléconsultation apparait comme un outil avantageux, la plupart des médecins généralistes n'étaient pas disposés à l'intégrer à leurs pratiques quotidiennes et ceux favorables l'étaient sous réserve de certaines conditions(13–18).

En dépit d'études sérieuses et d'expériences de mise en œuvre, la téléconsultation a connu dans le monde une faible adhésion, surtout réservée à des situations critiques (19). Depuis janvier 2020, l'apparition de la Covid 19 (20), qualifiée de pandémie par le Directeur de l'OMS le 11 mars 2020 (21), a accéléré le processus mais a perturbé nos pratiques médicales habituelles. Elle est présentée par certains comme un compromis en période de transition (22).

Les médecins généralistes sont au premier plan pour la prise en charge, en médecine ambulatoire, des patients suspects de Covid-19 (23). De nombreux articles internationaux montrent que la télémédecine est une des solutions pour faire face à une crise sanitaire (24–27), en particulier en améliorant la prise en charge de la santé psychologique en période de crise (28). Le gouvernement a par conséquent facilité la possibilité de faire de la téléconsultation par un décret publié le 10 mars 2020 : la téléconsultation devient prioritaire pour les patients présentant des symptômes avec une dérogation du parcours

de soins coordonnés possible ainsi qu'une prise en charge à 100% des actes de téléconsultation (29). Un nouveau décret datant d'avril 2020 facilite également la téléconsultation en autorisant la pratique de la téléconsultation par téléphone (30).

Dans ces conditions si particulières, le nombre de téléconsultation par semaine pendant le mois de mars 2020 a été multiplié par 50. Pas loin de 500 000 actes de téléconsultation ont été facturés la dernière semaine de mars 2020 (31). C'est un essor spectaculaire pour la téléconsultation.

Une enquête datant de juin 2020 auprès de 1200 médecins généralistes libéraux montre que 75% d'entre eux ont intégré la téléconsultation dans leur pratique dès le début de l'épidémie de coronavirus, alors que moins de 5% en faisaient avant. Les trois quart des médecins participants ne sont pas vraiment convaincus de cette pratique (32).

Peu d'études s'intéressent à l'expérience de la pratique de la téléconsultation en médecine générale (33), c'est pourquoi face à ce constat, il nous parait pertinent d'explorer l'expérience et le vécu des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation face à la crise sanitaire.

Face à l'explosion du nombre de téléconsultation pendant la crise sanitaire, un certain nombre de questions se posent. Quel est le vécu des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation avant, pendant et après la crise sanitaire ? Quelles ont été leurs expériences ? Quelles sont leurs motivations à faire de la téléconsultation ? Quels avantages, inconvénients, attentes, craintes ont-ils évoqué pour pérenniser cette pratique ? Est-ce une pratique de transition ?

Question de recherche : Quelle est l'expérience des médecins généralistes concernant la téléconsultation en temps de crise sanitaire ?

A partir de ce questionnement, notre objectif est d'explorer et de comprendre les perceptions, les attitudes et les pratiques concernant la téléconsultation en temps de crise sanitaire à partir du recueil de l'expérience vécue des médecins généralistes du sud de la France en utilisant une approche qualitative. Pour cela, avec une autre interne, nous avons réalisé chacune notre thèse avec la même question de recherche, sur une population donnée en utilisant des méthodes de recueil de données différentes.

II. Méthodes

A. Type de méthode

Pour répondre à la question de recherche, une étude qualitative de type phénoménologique a été menée car le recueil des données concernait l'exploration de l'expérience vécue des médecins généralistes gardois. La méthode de ce travail de recherche a été abordée selon les critères COREQ (34).

B. Population

Ont été inclus dans notre étude des médecins généralistes exerçant en zones semi-rurale et rurale dans le Gard et à plus de 30 km d'un CHU.
Les critères de non inclusion de notre étude étaient : exercer en milieu urbain et être à moins de 30 km d'un CHU.
Les participants ont été recrutés par téléphone. Des médecins ont refusé de participer à l'étude soit par manque de temps soit par non réponse de leur part. D'autres médecins intéressés ont proposé à leur cercle de connaissances d'y participer. Une fois qu'un groupe de quatre médecins minimum a été constitué, un planning en ligne a été envoyé à chacun afin de trouver une disponibilité commune pour réaliser le focus group. Quatorze médecins ont été interrogés via trois entretiens collectifs.

Ce travail de recherche est complémentaire avec celui de ma collègue Déborah Campels, où la population et la méthode de recueil varient. Son étude porte sur une population urbaine et le recueil de données s'est fait par entretiens semi-dirigés.

C. Méthode de recueil

Concernant le recueil des données, les entretiens par focus group ont été choisis pour obtenir une émulation de verbalisation dans une dynamique de groupe et donner l'opportunité aux différents médecins de pouvoir partager leurs opinions et expériences sur ce sujet (35).

Ils ont été enregistrés d'août à octobre 2020. Enregistrement audio via un dictaphone Zoom et vidéo grâce à un téléphone portable HuaweiP30 Pro. Le planning en ligne pour trouver une disponibilité commune a été fait via le site Doodle.
Compte tenu du contexte sanitaire, la réalisation des focus group en visio a été proposée et le choix a été laissé libre à tous les participants ainsi que la date et le lieu. Sur les trois entretiens collectifs, un seul a été réalisé en présentiel et les deux autres se sont faits en visioconférence via le site Zoom.
L'entretien fait en présentiel a été réalisé en fin de journée dans le local d'une maison de santé dont quatre des cinq médecins en dépendaient. Les entretiens suivants ont été menés, l'un sur la pause déjeuner sur leurs lieux de travail et l'autre en fin de journée au cabinet ou à leur domicile. Chaque enquêté a rempli un questionnaire anonyme afin de recueillir des informations générales le concernant (Annexe 1).
La modératrice, novice dans l'investigation d'étude qualitative, n'avait pas reçu de formation particulière pour modérer les groupes de discussion.

Le guide d'entretien (Annexe 2) a été élaboré dans le but de récolter l'expérience vécue des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation pendant la crise sanitaire. La plupart des questions du guide étaient des questions ouvertes pour faire ressortir le vécu et les opinions personnelles de chacun. Les entretiens, anonymes ont été transcrits mot à mot sur Word 2013 avec inclusion du langage non verbal. Les verbatims ont reçu les lettres MA, MB, MC avec un chiffre pour être reconnus (Annexe 3). Chaque médecin a reçu une lettre d'information et chacun a donné son consentement de participation à l'étude oralement mais aussi par écrit (Annexe 4).

D. Méthode d'analyse

Le but de l'étude étant de comprendre l'expérience des médecins en réalisant une analyse phénoménologique (36). Le principe de triangulation des données avec un expert en analyse phénoménologique a été respecté. Après plusieurs relectures, des éléments pertinents par rapport à la question de recherche ont été retenus, ils ont été regroupés pour leur ressemblance en ensembles cohérents, pour faire émerger les catégories de premier niveau et leurs sous catégories ou propriétés. Au fil des lectures des différents verbatims, les analystes ont pu faire monter ces catégories émergentes en généralité (en

densité informative) alors que d'autres catégories nouvelles ont été identifiées. Chaque catégorie correspondant à une dimension du phénomène étudié. Ce mécanisme a été appliqué à chaque focus group et des confrontations ont été faites entre chaque focus pour aboutir aux résultats.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Quatorze médecins ont été interviewés. Il s'agissait de six femmes et huit hommes, âgés de 27 à 60 ans dont la plupart travaillaient en Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Les entretiens collectifs se sont déroulés d'août à octobre 2020, les deux premiers focus group ont duré une heure et six minutes et le troisième, une heure et trente-cinq minutes. L'ambiance était bonne et l'animatrice a veillé à ce que tout le monde puisse s'exprimer. Les caractéristiques des médecins apparaissent dans le tableau en annexe (Annexe 5).

B. Catégories

Les catégories sont exprimées sous forme d'énoncés phénoménologiques qui sont des propositions intégrant le plus possible d'informations, représentant chacune un aspect du phénomène étudié. Chaque catégorie est assortie d'un court texte d'explications suivi d'un tableau en 3 colonnes : la catégorie, les sous catégories et les verbatims illustratifs.

1. La téléconsultation, une pratique plutôt mal considérée par les médecins généralistes avant la crise du coronavirus.

Avant la crise sanitaire, la plupart des médecins n'envisageaient pas la pratique de la téléconsultation par *« peur de l'outil »*. La crainte de l'inaptitude était aussi un sentiment prédominant chez eux.
D'un autre côté, certains médecins songeaient à mettre en place cette pratique mais n'avaient pas encore sauté le pas.

Pour les médecins interrogés, une consultation sans examen clinique était *« inenvisageable »* car pour eux la téléconsultation engendrait une privation de certaines informations qui semblaient essentielles et utiles au diagnostic, elle était considérée comme une *« consultation tronquée»*.
Par ailleurs, ils vivaient l'absence d'examen clinique comme une altération de la relation entre le médecin et son patient ainsi qu'une perte du lien indispensable à l'alliance thérapeutique.

Certains médecins disaient avoir l'impression que dans une consultation en face à face *« on donne plus »* qu'en téléconsultation parce que l'on récolte plus de données et que *« des motifs cachés »* peuvent émerger au cours de l'échange en consultation physique plutôt qu'en téléconsultation.

Tableau 1: La téléconsultation, une pratique plutôt mal considérée par les médecins généralistes avant la crise du coronavirus

Catégorie 1	Sous-catégories	Verbatims
La téléconsultation, une pratique plutôt mal considérée par les médecins généralistes avant la crise du coronavirus	Les médecins n'envisageaient pas la téléconsultation par crainte d'inaptitude et peur de l'outil	« MA4 : Moi j'étais farouchement opposé » « MA5 : Je m'étais toujours dit que je n'en ferai jamais ! » « MA3 : Moi je ne me sentais pas capable de faire ça, ça a été compliqué » « MC3 : j'avais peur de l'outil » « MB4 : avant la crise oui j'envisageais éventuellement d'en faire ... et je n'en ai pas fait » « MC1 : peut-être un jour mais pas de suite, pas tout de suite... »
	La téléconsultation sans examen clinique engendre une perte d'information et diminue le lien	« MA3 : C'était inenvisageable ! De traiter des gens sans les examiner» « MB3 : (…) parce qu'on n'a pas d'examen clinique donc pour moi ça reste encore compliqué... » « MA4 : Manque de lien avec le patient » « MA2 : Consultations tronquées, je pense qu'on perd beaucoup d'informations avec la téléconsultation » « MC3 : moi très honnêtement, je pense que c'est de la mauvaise médecine... je préfère clairement voir le patient en face » « MB2 : il y a des motifs cachés des fois et qui sortent parce que le courant passe bien avec la relation (…) En téléconsultation je ne pense pas forcément que ça ressorte » « MC3 : finalement je trouve qu'en consultation, tu vas donner plus que si tu faisais qu'une simple téléconsultation... » « MC1 : quand on a quelqu'un en face, on peut gérer d'autres choses... faire du dépistage, de la prévention »

2. Les éléments qui ont facilité l'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire.

Les autorités sanitaires ont fortement encouragé la pratique de la téléconsultation avec le confinement. Les médecins ont vécu cette incitation opportune des autorités comme une *« obligation »* qui les a forcés à s'adapter et à intégrer la téléconsultation dans leurs pratiques.

Ils avaient le sentiment que cette forme de consultation était une perspective incontournable et qu'ils allaient *« tous devoir s'y mettre à un moment ou à un autre »*.

Pendant le confinement, les patients n'allaient plus aux cabinets médicaux soit parce que les médecins *« ne recevaient plus les patients au cabinet »* soit parce que *« les patients n'osaient pas se déplacer »* et la téléconsultation a été la principale source de rémunération pour compenser la perte d'activité et de patientèle.

L'utilisation de la téléconsultation a été rendue plus simple et facilitée pour le médecin et son patient par l'instauration de la prise en charge *« en tiers payant intégral »* des téléconsultations par la sécurité sociale.

De manière générale, la téléconsultation a occulté la gêne du médecin et du patient autour du paiement à l'acte. Certains médecins étaient mal à l'aise de devoir demander le règlement de la téléconsultation et certains patients ne se sentaient pas forcément concernés par le règlement de leurs consultations ce qui pouvait être un frein pour le médecin à réaliser cet acte. La prise en charge à 100% de la téléconsultation a permis de réduire cette réticence.

La gratuité des plateformes pendant la crise a également permis aux médecins de franchir le cap pour essayer la téléconsultation. Ils ont eu le choix de la plateforme à utiliser car la plupart d'entre elles proposaient ce service. Il y a eu une variabilité des plateformes utilisées comme *« Doctolib »* gratuit pendant le confinement ou *« Médicam »* proposé par l'URPS, gratuit. D'autres médecins ont aussi utilisé le *« téléphone ».* Cependant certains médecins ne souhaitaient pas forcément investir davantage dans ce service.

Tableau 2: Les éléments qui ont facilité l'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire

Catégorie 2	Sous-catégories	Verbatims
Les éléments qui ont facilité l'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire	Sur l'incitation des autorités sanitaires, la téléconsultation a été vécue comme une injonction « facilitante »	« MA5 : Je pense qu'on a tous commencé pareil, ils ont fait un sacré battage, la seule consultation valable c'est la téléconsultation. » « MC3 : ça a été favorisé par le gouvernement avec le confinement » « MC1 : la téléconsult était survendue ils ont profité du covid pour la faire décoller » « MA4 : Je n'avais pas trop de doute sur le fait que de toute façon on allait tous devoir s'y mettre à un moment ou à un autre… » « MB3 : (…) j'en ai fait, par la force des choses (…) l'obligation quasi de faire de la téléconsultation qui m'a permis de sauter le pas. » « MC1 : on a été tous obligé de s'adapter un peu à ça et de s'y mettre alors qu'on n'avait pas forcément prévu de s'y mettre... ou pas maintenant ! »
	La téléconsultation comme principale source de revenu des médecins généralistes pendant le confinement	« MA1 : (…) c'est vrai que la téléconsultation ça été aussi un moyen de faire des consultations payantes alors qu'on était au cabinet sans personne, (…) » « MA4 : on voyait moins de patients (…) parce qu'ils n'osaient pas se déplacer » « MB2 : (…) vu qu'on recevait plus les patients au cabinet » « MB2 : j'avais un taux d'actes à faire par mois et j'ai pu les atteindre à chaque fois grâce à la téléconsultation sinon je n'avais pas de complément de salaire » « MC3 : ça te rapporte 25 euros pour une consultation de 3 minutes, évidemment c'est le jackpot »
	La prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale a favorisé la pratique de la téléconsultation	« MB3 : heureusement qu'on a pu avoir les TCG prise à 100% par la sécu » « MC1 : la sécu aussi qui a incité fortement à développer la téléconsultation à ce moment-là avec le tiers payent intégrale possible » « MA3 : « et je vous dois quelque chose docteur ? », « non vous avez de la chance la sécu paie », ah c'est bien, mais il y en a très peu qui te demande combien ils te doivent hein... très très peu (…) de toute façon ils ne passeront pas payer donc...» « MC1 : mes patients, combien y en a qui m'ont dit « docteur comment vous vous faites payer ? » » « MB3 : j'avais du mal aussi à dire « vous me devez 25 euros » (…) et on se rend compte qu'on a du mal à valoriser les actes qu'on fait... » « MC3 : très honnêtement est-ce que j'aurais osé demander 25 euros euh payés en carte bleue à la personne qui me demande cette ordonnance... je ne suis pas certain... »
	L'accès gratuit aux plateformes de téléconsultations au début de la crise sanitaire a simplifié la mise en place de la téléconsultation	« MA5 : (…) En plus moi avec Doctolib, je pense que les autres sites ont proposé ça de façon gratuite, je me suis dit bon allez on va essayer» « MA3 : (…) par Médicam parce qu'on peut toujours le faire, c'est sécurisé et ça me convient très bien. » « MB3 : (…) nous on est sur ma question médicale » « MA3 : Ce qui a fait passer le pas aussi c'est… qu'il y a quand même eu l'URPS qui a sorti Médicam qui est complètement gratuit parce que toutes les interfaces qu'on nous proposait c'est entre 70 et 100 euros par mois... »

3. Les débuts de la pratique de la téléconsultation, un apprentissage contraignant sur le terrain.

Selon certains médecins, intégrer la téléconsultation dans leurs pratiques a demandé une organisation en amont qui pouvait parfois rendre le médecin un peu hésitant à la mettre en place. Trouver du temps pour téléconsulter ou s'organiser avec la secrétaire et le patient pouvaient être considérés comme des éléments chronophages.
Pour certains participants, la demande de faire des téléconsultations venait des patients et les médecins ne les avaient pas forcément *« incités »*.
La plupart des médecins ont pris conscience que réaliser des téléconsultations passait par *« l'éducation des patients »* à cette nouvelle forme de pratique pour leur expliquer ce qui pouvait être adapté ou non à ce type de consultation.

Exercer la téléconsultation a demandé aux médecins *« d'investir »* dans du matériel informatique. Ils n'étaient pas tous équipés pour réaliser une téléconsultation de manière optimale. Les médecins interrogés ont ressenti le besoin de se former afin de pouvoir proposer la téléconsultation dans les meilleures conditions et certains ont eu le sentiment d'être submergés par l'outil informatique et n'étaient *« pas très à l'aise »* avec celui-ci.
Les médecins ont remarqué que le profil des patients pouvait rendre la téléconsultation inadaptée et que la répartition entre eux pouvait-être inégale. Ils n'ont pas tous une patientèle, notamment en milieux semi-rural et rural, bien équipée et avec les compétences pour utiliser cet outil. Pour certains médecins, la téléconsultation était idéale pour les patient âgés fragiles ne pouvant pas se déplacer cependant ils avaient rarement un *« équipement adapté »* pour faire une téléconsultation.
Les professionnels interrogés se sont retrouvés démunis face à la disparité de la couverture réseau des territoires ce qui a rendu certains médecins réfractaires à cette pratique.

Chaque médecin a déterminé sa propre façon de faire de la téléconsultation. Certains médecins ont choisi de proposer la téléconsultation à tous les patients, ils n'avaient *« pas de filtre »*. D'autres ont préféré faire des téléconsultations seulement avec *« leurs patients »* ou des patients déjà vus au moins une fois de manière physique.
Dans certains cabinets, des plages horaires étaient dédiées à la téléconsultation.

Chaque médecin a adapté sa façon d'utiliser la téléconsultation et a fixé *« ses limites »* personnelles.

L'ensemble des participants a remarqué que la téléconsultation était adaptée pour plusieurs motifs de consultations. Des renouvellements de traitements chez des patients en ALD connus du médecin, des renouvellements de pilule, des suivis de pathologies psychiatriques, des réévaluations des patients covid positif ont été des motifs que les médecins ont évoqués.
Les résultats d'examens complémentaires ont aussi été bien adaptés à ce type de consultation car les patients avaient déjà été vus une fois physiquement avec l'examen clinique.
Pour les patients suspects de covid, certains médecins pratiquaient beaucoup la téléconsultation pour éviter aux patients suspects de venir aux cabinets.
Les pathologies simples sans fièvre comme des viroses ou des cystites ont aussi été prises en charge par téléconsultation.
Les médecins ont également trouvé que la téléconsultation était bien appropriée aux consultations pour des documents administratifs comme pour les dossiers MDPH.
Les visites à domicile avec l'infirmière chez le patient ou en EHPAD avec le médecin en téléconsultation est un champ d'application que peu de médecins pratiquaient mais que la plupart aimeraient développer.

Les professionnels ont remarqué que la téléconsultation a été en majorité utilisée par des *« gens jeunes »*, actifs, quelques patients plus âgés mais globalement plutôt aisés financièrement.
Les médecins se sont interrogés sur le profil de patient qui allait continuer à utiliser la téléconsultation. Ils se demandaient si ces patients n'auraient pas tendance à négliger leur santé, à profiter de la téléconsultation pour ne pas prendre le temps de se déplacer et transformeraient leurs suivis en une médecine type *« Mc Drive ».*

Tableau 3: Les débuts de la pratique de la téléconsultation, un apprentissage contraignant sur le terrain

Catégorie 3	Sous-catégories	Verbatims
Les débuts de la pratique de la téléconsultation, un apprentissage contraignant sur le terrain	La téléconsultation requiert une organisation à prévoir entre la demande des patients, sa mise en œuvre technique et sa mise en place au quotidien	« MA4 : Après ça demande de l'organisation et du temps quand même... parce que... Moi faudrait que je fasse ça le soir à 19h après toutes les consultations, j'ai plutôt envie de rentrer chez moi... » « MB3 : mais en même temps le problème c'est que si faut organiser la téléconsultation avec le patient, ça veut dire qu'il faut que la secrétaire l'appelle pour lui fixer un rdv et puis en fait ça nous prend tout autant de temps » « MA5 : (…) Ah moi j'ai incité personne… euh… juste mis sur Doctolib avec la téléconsultation, ils ont trouvé tout seul, ce sont les gens qui choisissaient… » « MB2 : des patients toxicos surtout qui voulaient qu'on continue comme ça » « MC2 : ça passe par de l'éducation, expliquer à nos patients pourquoi est-ce qu'on fait une téléconsultation » « MC1 : le fait qu'il faut éduquer les gens à ce qu'on peut gérer ou pas en téléconsultation » « MC1 : après tes patients à toi, je pense qu'ils sont en mesure d'entendre quand tu refuses une prescription par téléconsultation parce que tu la justifies... parce qu'ils te connaissent, tu as un bon relationnel avec eux... »
	La réalisation technique d'une téléconsultation de qualité nécessite un équipement et une adaptation du médecin, du patient et du territoire pour être optimale	« MA3 : (…), j'ai acheté un micro j'ai investi dans plein de trucs » « MA4 : Les docteurs ne sont pas tous bien formés aussi en informatique » « MA4 : (…) Le problème c'était la technologie qui posait problème (…) » « MC1 : on est dans un monde moderne où tout va très vite et ... la technologie est partout donc je pense qu'il faut s'adapter » « MA4 : Et sans oublier aussi les patients qui n'ont pas tous un joli smartphone ou un joli ordinateur équipé d'une caméra etc. parce que j'ai quand même aussi quelques patients qui ont un smartphone microscopique où je ne voyais quasiment rien … pas de bonne qualité et qui n'ont pas forcément un bon réseau internet... » « MA1 : C'est vrai que les patients fragiles qui n'ont pas à venir au cabinet ce sont les patients âgés, ils n'ont même pas de smartphone, ils ont le truc à touche » « MC1 : tu as quand même tous les inconvénients de la visite à domicile sans les avantages quoi... c'est-à-dire que t'es mal installé, t'entends rien, ça bug... tu ne vois pas bien, machin et là tu ne peux même pas les examiner... » « MA2 : Il n'y a pas d'équité au niveau de l'accès internet, de nos débits, c'est quand même un énorme frein pour nous quand vous passez un quart d'heure pour faire une téléconsultation au lieu de cinq minutes, vous n'avez pas envie d'en refaire une derrière… » « MA4 : je comprends que ça soit plus gérable dans une grande ville. »

	Chaque médecin adapte la téléconsultation à ses propres normes	« MA5 : je n'avais pas de filtre, donc je prenais tout, (…) » « MB4 : moi j'ai eu des patients euh… qui n'étaient pas du cabinet » « MC3 : Très honnêtement à un moment, on a pris tout ce qui passait parce qu'il fallait manger... » « MA3 : Pour le covid je l'ai fait que pour mes patients, les autres je leur disais vous venez et je vous examine. » « MA4 : Nos patients ou ceux qu'on avait au moins examinés une fois ouais quand même pour poser des questions. » « MC1 : Parce que moi j'ai fait le choix de ne pas ouvrir mes téléconsultations à des patients que je n'avais jamais vu alors que c'est possible… Moi c'est uniquement des patients… donc soit les miens, soit ceux de mes associés » « MC1 : Non ce que je voulais dire c'est que chaque médecin, toi en tant que médecin, tu vas poser tes limites, c'est-à-dire ce que... tu acceptes de faire ou pas... Et du coup tu vas trier ta patientèle » « MC2 : c'est ça, à nous de décider comment est-ce qu'on va l'utiliser... »
	Les médecins généralistes ont identifié différents motifs considérés adaptés à la téléconsultation	« MA2 : Peut-être pour le diagnostic c'est un vrai blocage, par contre pour le suivi de quelqu'un qu'on a vu ça peut être un vrai bénéfice… » « MA4 : Après tu l'as fait pour les réévaluations du centre covid » « MB2 : Moi j'ai eu pas mal de renouvellements d'ordonnance plutôt... des motifs psycho aussi insomnie, crise suicidaire, des patients toxicomanes, j'ai aussi eu de trucs de dermato... » « MC4 : le suivi des plaies à domicile » « MB3 : les demandes d'interprétation de bilan biologique » « MC1 : typiquement toutes les suspicions de covid, la gestion des cas covid plus » « MA5 : Tout ce qui est administratif paperasse pour des arrêts de travail, … » « MB3 : Un autre truc adapté à la téléconsult c'est les certificats MDPH !! » « MA1 : Donc en fait pour les pathologies simples. » « MC5 : je l'utilise beaucoup pour de l'infectiologie sans fièvre… conjonctivite… infection urinaire » « MB3 : (…) d'utiliser les infirmières parce qu'il y a... avant le covid, elles avaient depuis peu une capacité de coter une visite de téléconsultation à domicile... donc pour nous éviter nous d'aller à domicile pour des visites qui sont un peu loin ou quoi, comme on est en semi rural » « MC3 : je trouve ça génial sur les personnes qui peuvent pas se déplacer, les EHPAD »
	Les médecins généralistes ont identifié des profils de patients qui ont tendance à utiliser la téléconsultation	« MC3 : c'est le jeune entre 20 et 50 ans » « MC1 : j'ai quelques patients âgés que j'attendais pas du tout en téléconsultation, alors pas très âgés hein, mais genre des soixante-dix ans » « MC1 : Beh j'ai aucun CMU... (…) qui c'est qui va faire de la téléconsultation c'est le patient qui est aisé... » « MC1 : Au final t'auras toujours des patients effectivement qui s'en foutent de leur santé... et qui veulent une médecine mc drive … » « MC3 : Mais la plupart des gens qu'on a en téléconsultation, c'est des gens qui auraient pu se déplacer, tu leur as juste rendu service de pas se déplacer... »

4. Après la crise, les médecins généralistes prennent conscience des motifs d'intérêt de la téléconsultation.

La téléconsultation a permis la valorisation d'actes chronophages qui n'étaient jusqu'à présent pas rémunérés et une prise de conscience des médecins sur la quantité *« d'actes gratuits »* effectués.
Les professionnels y ont également trouvé un moyen de *« formaliser »* des actes qui n'étaient pas considérés comme tels. C'est une manière *« de convertir les anciennes consultations téléphoniques »* en prenant *« un créneau dédié et rémunéré pour les gérer »*.

Les médecins généralistes ont également constaté que les téléconsultations étaient plus rapides que les consultations physiques parce *« qu'il y a qu'un motif »* de consultation à priori. Par conséquent, la téléconsultation a été considérée comme *« source de gain de temps »* pour le médecin et son patient.
Néanmoins, elle pouvait devenir techniquement chronophage s'il y avait des problèmes de connexion ou s'il fallait expliquer au patient comment fonctionne le matériel…

Un bénéfice *« indéniable »* de la téléconsultation a été *« la protection des patients »* en leur évitant les salles d'attente notamment pour les patients à risque mais aussi pour les patients ayant des symptômes de la covid afin qu'ils puissent s'isoler et ne pas *« contaminer les cabinets »*.

Pendant la crise, la téléconsultation a été un atout pour permettre aux médecins de *« s'organiser »* de façon à pouvoir continuer de consulter.

Au cours du confinement, la téléconsultation a maintenu la relation entre le médecin et ses patients en renforçant l'alliance thérapeutique. Les médecins interrogés ont pu *« garder un lien »* avec leurs patients qui les ont remerciés. Les médecins ont eu une mission de *« réassurance »* envers eux. Et ils ont ainsi pu continuer à prendre en charge *« tout le reste de la médecine générale »*.

Tableau 4: Après la crise, les médecins généralistes prennent conscience des motifs d'intérêt de la téléconsultation

Catégorie 4	Sous-catégories	Verbatims
Après de la crise, les médecins généralistes prennent conscience des motifs d'intérêt de la téléconsultation	La téléconsultation permet de valoriser et formaliser des actes autrefois gratuits	« MA3 : le point positif, c'est que tout un tas d'actes qu'on faisait pour rien ont été valorisés… » « MA1 : Où on est payé pour un travail que l'on faisait déjà avant et pour lequel on faisait du bénévolat… » « MB2 : (…) pouvoir facturer les choses qu'on fait habituellement gratuitement... » « MB1 : Ça me saouler de passer une heure au téléphone le soir sans être payé… » « MC3 : C'est que tu as juste monétisé ce que tu faisais gratuitement... » « MA1 : C'est peut-être un moyen de formaliser des choses qui existaient déjà de façon informelle et bon... Qui étaient faites plus ou moins bien... » « MC1 : ça permet aussi de prendre un créneau dédié et rémunéré effectivement pour des questions très simples qu'on avait l'habitude de gérer gratuitement » « MC5 : (…) c'est une façon de... de convertir les anciennes consultations téléphoniques qui étaient... où y avait pas de traces... ça permet de les formaliser… »
	En général, la téléconsultation peut être source de gain de temps pour le médecin et le patient	« MA4 : ça peut être un gain de temps car une consultation au téléphone ou en visio est plus courte… » « MC1 : ça donne des consultations rapides parce qu'il y a qu'un motif » « MC5 : La moyenne d'une téléconsultation c'est 7 minutes chez Doctolib... » « MA4 : par moment ça passe bien, on est content la consultation va bien se passer en téléconsult et puis 3 minutes après ça buggue on entend 1 mot sur 2, ça coupe… » « MB3 : (…) ça nous prend euh... tout autant de temps voir un peu plus parce que y a le temps de la connexion, « ça bug », « attendez », blabla... » « MB3 : (…) on passe plus de temps à expliquer comment ça marche une caméra… » « MC1 : au final ce n'est pas si rapide que ça je trouve parfois... »
	La téléconsultation a permis la protection des patients lors de la crise sanitaire	« MA5 : Protection du patient en point fort pour les gens qui étaient à risque, ils ne sont pas venus c'est indéniable, je pense que c'est un plus » « MA2 : Ou pour éviter de faire attendre 4h dans le cabinet en sans rdv » « MB4 : la praticité pour éviter qu'ils sortent, pour éviter de contaminer les cabinets... » « MC1 : typiquement tu es très content qu'ils ne stagnent pas en salle d'attente avec les autres »

	La téléconsultation a été un atout pour s'organiser et garder un lien avec les patients pendant la crise	« MA2 : Moi je pense que ça servira effectivement en temps de crise comme tu disais ça a des énormes avantages » « MB2 : Ça a permis de s'organiser (…) » « MB1 : une opportunité de pouvoir répondre à une demande des gens dans un contexte vraiment particulier, une manière de s'organiser qui permettait de répondre aux difficultés du moment... » « MB2 : (…) ça permettait quand même de garder un lien avec eux ... » « MB2 : (…) on ne recevait pas forcément, on était quand même là, y'en a beaucoup qui m'ont remerciée et qui m'ont dit « merci d'avoir été là » ... » « MC1 : y a tout le reste de la médecine générale aussi qui n'attend pas… qui ne s'arrête pas et donc fallait bien trouver une solution à proposer en tout cas aux patients pour se soigner même quand il ne s'agissait pas du covid. » « MC1 : la réassurance beaucoup... en période covid, je ne parle pas de maintenant, je parle de mars avril mai, les gens étaient… tu sentais c'était un peu rassurant de nous voir en vidéo… même si c'était qu'en vidéo, y a beaucoup de gens qui m'ont dit « ah beh merci d'être là » (…) et ça a permis de garder le lien... ça les rassurait »

5. La téléconsultation est une nouvelle manière d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles et qui génèrent des attentes et des craintes.

Pour la plupart des médecins interrogés, la téléconsultation est considérée comme une pratique inadaptée à leur exercice qui doit rester *« exceptionnelle ».* Ils n'arrivent pas encore à trouver la place de la téléconsultation dans leurs pratiques.

L'ensemble des professionnels a reconnu que l'examen clinique était vécu comme indispensable. Pour eux, la téléconsultation *« ne remplacera jamais une consultation physique »*. Elle était également considérée comme incomplète.

Pour certains interrogés, la responsabilité engagée lors d'une téléconsultation était un frein à la mise en place de cette pratique. Ils avaient *« peur de l'erreur médicale »*.

Les médecins ont remarqué qu'une majorité de patients sont malgré tout restés attachés à la consultation physique avec eux.

La pratique de la téléconsultation a facilité chez les médecins généralistes un retour réflexif sur leurs pratiques. Pour certains d'entre eux, la médecine serait en train de changer et la téléconsultation ferait partie de l'évolution *« inévitable »* de leurs pratiques.

La téléconsultation a été une découverte positive pour la majorité des participants. Faire de la téléconsultation a amélioré l'image que les médecins pouvaient en avoir, ils se sont rendu compte que *« ça rendait service sur pas mal de choses »*.
Les médecins ont trouvé dans la téléconsultation une ouverture à d'autres pratiques comme pour *« compléter leurs activités »* ou *« élargir les possibilités de prise en charge et de surveillance »*.
D'après eux, les patients ont été *« ravis »* qu'un temps dédié leur soit consacré grâce à la téléconsultation.

Afin de pérenniser cette pratique, les médecins aimeraient affiner les motifs de consultations adaptées à la téléconsultation et se questionnaient sur comment sélectionner les motifs adaptés, comme par exemple avec un *« questionnaire en amont »* de la téléconsultation qui définirait l'éligibilité à celle-ci.
Plusieurs médecins aspireraient à avoir une *« interface reliée »* à leur logiciel métier pour la *« traçabilité »* des téléconsultations.
Certains professionnels voudraient que le cadre médico-légal soit éclairci, d'autres souhaiteraient que la prise en charge à 100% perdure et que les consultations téléphoniques soient reconnues au même titre qu'une téléconsultation.
Une cotation spéciale pour la téléconsultation inférieure à 25 euros a également été proposée. Aussi, un outil simple et rapide d'utilisation sans contrainte est attendu par les praticiens.
Quelques médecins aimeraient utiliser des *« objets connectés »* avec leurs patients et une autre de leurs attentes est la mise en place la télé-expertise.

Un grand nombre des médecins a pensé que la téléconsultation pouvait favoriser une *« surconsommation de soins »*.
Le coût de l'interface pouvait également influencer sur la surconsommation en termes de rentabilité.
Une ubérisation de la médecine type *« médecine McDrive »* est redoutée par plusieurs participants.
Ils ont eu des retours négatifs sur les télécabines dans les pharmacies par leurs patients et ont pensé que les télécabines pouvaient être une des dérives de la téléconsultation.

La crainte d'une utilisation abusive de plateforme par les patients, leur permettant de répondre à toutes leurs attentes de façon instantanée, a été évoquée par une partie des médecins et c'est pourquoi, ils se sont investis dans cette pratique pour *« l'encadrer et limiter les dérives »* des plateformes et des patients.

Tableau 5: La téléconsultation est une nouvelle manière d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles et qui génèrent des attentes et des craintes.

Catégorie 5	Sous-catégories	Verbatims
La téléconsultation est une nouvelle manière d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles et qui génèrent des attentes et des craintes	Une pratique sans examen clinique vécue comme inadaptée, incomplète et engageant la responsabilité	« MA1 : Et nous la téléconsultation on revient qu'on a des réticences, qu'on a du mal car ça ne fait pas partie de notre fibre je pense… » « MB1 : je préfère quand même voir les gens en vrai. (…) le sentiment de ne pas faire mon métier pleinement » « MB2 : Pour moi, ça sera du dépannage » « MA3 : on n'a jamais imaginé travailler autrement qu'en examinant les patients » « MA4 : je trouve que quand même la médecine reste une médecine d'examen et de relationnel… » « MB4 : l'examen clinique au final on se rend compte qu'il est hyper important » « MC5 : ça ne remplacera jamais une véritable consultation en physique... » « MA3 : j'ai la trouille de porter un diagnostic sans examiner ! » « MA5 : point faible c'était l'incertitude de passer à côté de quelque chose… » « MB2 : j'avais très peur de l'erreur médicale » « MB3 : Donc nous, les patients n'ont pas forcément adhéré à ... (…) tous les gens, ils sont revenus » « MC1 : combien j'en ai qui viennent en face, en vrai en consult (…) chez nos patients y en a quand même beaucoup qui préfèrent nous voir en vrai »
	Une découverte positive qui ouvre des possibilités à la fois pour le médecin comme pour les patients	« MA1 : De réfléchir sur cette façon de travailler, oui ça va nous forcer à réfléchir un petit peu sur nos pratiques... » « MC5 : on est en train de changer un peu de... de dogme... on change de paradigme, on est dans une nouvelle ère » « MC1 : c'est une évolution euh... de notre pratique qui est inévitable » « MA3 : (…) un truc qui est quand même super bien… » « MB3 : le fait d'en avoir fait, ça a amélioré mon image de la téléconsultation (…) Moi j'ai bien aimé la visio... » « MC4 : finalement ça rend service sur pas mal de choses (…) finalement ça a été une bonne surprise » « MC1 : voir un peu comment ça pouvait compléter, diversifier mon activité » « MC2 : le côté aussi de pouvoir élargir nos... nos possibilités de prise en charge, de surveillance... » « MA3 : Pour moi, ce que je fais c'est du suivi pour les gens que je connais, les patients ils sont ravis ils me remercient » « MB3 : (…) les patients étaient globalement contents »

	La téléconsultation génère des attentes des médecins dans le domaine organisationnel, administratif et juridique	« MB4 : il faudrait faire une check-list de ce qu'on peut prendre en téléconsult ou pas et avoir des points de repères... avoir des critères pour prendre ou pas en téléconsult... » « MC2 : je pense que l'enjeu c'est surtout le motif de consultation au final » « MC1 : Ça c'est une idée intéressante à développer je pense... faire un questionnaire en amont ... » « MA4 : C'était ce qui était compliqué, il manquerait un logiciel qui soit introduit dans notre logiciel… » « MB4 : le cadre légal et financier n'était pas encore tout à fait opérationnel » « MA5 : Gratuitement, autoriser les pratiques téléphoniques ! » « MA3 : Et que la sécu continue à payer le 100%... ça serait tellement plus simple » « MB3 : peut-être faire une cotation inférieure à 25 euros » « MB1 : c'est de la fluidité, (…), qu'il n'y ait pas de contrainte... » « MC5 : ouais sur le plan technique ce n'est pas encore parfait » « MC5 : moi ce que j'aimerais c'est que les gens commencent à avoir un peu des outils connectés » « MB4 : mes attentes c'était plutôt d'avoir accès à des consultations de spécialistes» « MB3 : Oui, effectivement la télé-expertise je trouve ça hyper intéressant »
	Les médecins craignent une surconsommation de soins et doutent de l'utilité des télécabines en pharmacie et des plateformes	« MA2 : Augmentation de consommation de santé, de soins » « MB4 : ça devient de plus en plus la mode » « MC3 : c'est le risque, parce que le problème c'est le consumérisme, la facilité... » « MA3 : Donc ce n'est pas donné il faut en faire un paquet pour... Pour que ça devienne rentable… » « MC1 : y a ceux qui voudront tout, tout de suite (…) c'est vrai qu'y a un côté un peu aussi médecine mc drive qui me gêne un peu » « MA3 : la cabine de téléconsultation, j'ai eu que des retours négatifs… » « MB3 : ce n'est pas de mettre des cabines partout et d'en faire un commerce pour le pharmacien » « MC1 : si toi tu lui dis non, il ira s'inscrire sur une plateforme type Qare et il l'aura son arrêt de travail de 3 semaines ou son ordonnance de lunettes (…), c'est des pompes à fric ces plateformes... » « MC5 : moi ma grande crainte c'est toutes ces plateformes » « MC4 : on voit toutes les pubs avec ses applications où on peut avoir un médecin à n'importe quelle heure, n'importe quand... et c'est une espèce de dérive de la médecine qu'il faut encadrer parce que... si on veut éviter que ça soit l'anarchie... (…) on a été obligé de s'approprier cet outil pour essayer de le cadrer comme on pouvait avec nos patients et pas avec n'importe qui. Euh... donc je pense que c'était pas mal de le mettre en place dans ce sens-là quoi... » « MC5 : autant se l'approprier ici et verrouiller l'affaire pour éviter justement que d'autres plateformes multiservices euh... un peu type McDo drive le fasse à notre place quoi... »

IV. Discussion

A. Rappel de l'objectif

L'objectif principal de notre étude était de comprendre les perceptions et les attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire à partir de l'exploration de leurs expériences vécues.

B. Principaux résultats

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence qu'avant la crise sanitaire, la téléconsultation était une pratique plutôt mal considérée par les médecins généralistes.

En milieux semi rural et rural, nous avons trouvé peu de médecins qui faisaient de la téléconsultation avant la crise du coronavirus. Un seul des participants avait mis en place cette pratique dans son quotidien. Une partie des médecins ne concevait pas d'intégrer la téléconsultation à leurs pratiques alors que d'autres y songeaient mais n'avaient pas essayé jusqu'à l'arrivée de l'épidémie de la covid 19. Cette réticence était en lien avec l'absence d'examen clinique qui avait deux conséquences : une perte d'informations et une diminution de la relation qu'ils avaient avec leurs patients.

Avec la crise sanitaire, le nombre de téléconsultations a explosé. Les éléments qui ont facilité cet essor ont pu être identifiés comme liés à une incitation importante des autorités sanitaires, à la prise en charge à 100% par la sécurité sociale de la téléconsultation considérée comme principale source de revenu pendant le confinement, et à l'accès gratuit aux plateformes la proposant.

Les débuts de cette pratique ont été pour la plupart des médecins un apprentissage contraignant sur le terrain, il a fallu prévoir une organisation en amont (s'équiper, l'intégrer à son quotidien, gérer et éduquer les patients). Ils ont remarqué que pour qu'une téléconsultation soit optimale et de qualité, un équipement du médecin, du patient et du territoire était nécessaire car en milieux rural et semi rural le réseau internet est insuffisant. Les médecins ont identifiés des motifs adaptés à la téléconsultation mais aussi des profils de patients utilisant cette pratique. Cependant, il y a une variabilité relative à

chaque médecin dans l'utilisation de la téléconsultation car chacun l'a adaptée à ses propres normes.

Après la crise sanitaire, on assiste à une prise de conscience de l'intérêt de la téléconsultation par les médecins. Ils identifient dans la pratique des motifs d'intérêt de la téléconsultation, en particulier, elle a permis la valorisation de multiples petits actes autrefois gratuits et chronophages, elle a été source de gain de temps pour le médecin comme pour le patient, et dans cette crise, elle a favorisé la protection des patients et elle a été un atout pour garder un lien avec eux.

Ce travail a montré que la téléconsultation fait émerger une nouvelle façon d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles habituelles, une pratique sans examen clinique est vécue comme inadaptée mais c'est aussi une découverte positive qui ouvre des nouvelles possibilités pour les professionnels. De par leurs expériences, elle génère chez les généralistes des attentes montrant que cette ouverture est encore à développer et des craintes, surtout sur le plan de la responsabilité.

C. Confrontation à la littérature

Dans la littérature, différentes études ont montré l'opinion et les représentations des médecins généralistes concernant la téléconsultation et elle semble être un atout pour augmenter l'efficience des soins. Néanmoins, elle n'avait pas encore trouvé sa place dans les pratiques habituelles des médecins généralistes, comme le montre les travaux dans le Puy-de-Dôme de Thouret en 2019 (15). Ils montrent que sur soixante-dix-neuf médecins généralistes, un seul pratiquait la téléconsultation, comme dans notre étude. Ce résultat se retrouve aussi dans les zones rurales déficitaires (18).

Comme dans notre travail de recherche, certains médecins étaient favorables à cette nouvelle façon d'exercer mais n'avaient pas osé essayer. Dans différents travaux de thèses, les médecins généralistes semblaient accepter cette nouveauté en majorité mais sous certaines conditions car certains se sentaient démunis, ils attendaient des solutions d'organisation et de financement (14), d'autres attendaient que la mise en place de la téléconsultation s'intègre et se fonde dans leur pratique et non l'inverse (13), plusieurs

ressentaient un besoin de formation et d'encadrement juridique devant l'augmentation du risque d'erreurs d'une consultation à distance avec l'absence d'examen clinique (15–17). Les médecins interrogés dans notre travail ont émis des conditions d'adhésion à la téléconsultation très similaires.

Les participants de notre étude ont émis l'hypothèse de mettre en place la téléconsultation avec une tierce personne comme une infirmière en EHPAD ou à domicile. Cette idée ressort également dans ces différents travaux de thèse (15,17,37) et d'autant plus que depuis l'Avenant 6, une cotation spéciale existe pour les infirmières (38).

Les participants ont trouvé dans la téléconsultation un atout pour faire face à la pandémie de la covid-19. Elle en ressort comme solution idéale face à cette crise sanitaire inédite (39). Plusieurs avantages de celle-ci sont ressortis de notre travail comme poursuivre les soins et continuer à prendre en charge tout le reste de la médecine générale tout en protégeant les patients en leur évitant les salles d'attentes et pour ceux symptomatiques en leur évitant de contaminer les cabinets. Elle a permis de limiter la transmission du virus (40–43). En revanche, pour les médecins interrogés dans notre travail, l'idée de la téléconsultation pour se protéger eux-mêmes des patients n'a pas émergée comme dans ces différents articles internationaux (40,42,43). Cette pratique pourrait servir également dans d'autres situations d'urgences sanitaires futures (44).

Pendant le confinement, la grande majorité des participants de notre étude a eu recours à la téléconsultation. Cela rejoint la littérature. Dans une étude de la DREES, sept médecins sur dix ont continué d'en faire pendant la première semaine de déconfinement (32). Les médecins ont eu tendance à augmenter leur nombre de téléconsultations selon une enquête nationale (45) et plus de 88% des professionnels y ont eu recours en réponse à la crise comme le montre cette thèse marseillaise (46).

Tous les participants ont été unanimes sur le fait que la téléconsultation ne remplacera jamais une consultation physique comme le décrivent ces articles canadien et français (41,47). Cependant, quand l'examen clinique n'est pas nécessaire, elle peut être une alternative à une consultation classique (17,48). La téléconsultation offre ainsi une

opportunité différente. Une possibilité de prise en charge des patients, adaptée dans certaines situations cliniques (49) ou certains profils de patients comme : les renouvellements d'ordonnance notamment pour éviter aux patients porteurs de maladie chronique de se déplacer au cabinet (43), ainsi que pour la prise en charge et le suivi des troubles psychiatriques comme dans ce travail sur le syndrome dépressif (50) ou bien pour la prise en charge du trouble anxieux (40). Les participants de notre étude ont identifiés d'autres situations cliniques en plus de celles citées précédemment.

L'apprentissage sur le terrain a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées. Les problèmes techniques sont des obstacles au bon déroulement d'une téléconsultation (32,51,52). L'équipement des patients et leurs compétences peuvent parfois être une entrave à une téléconsultation optimale, une formation pourrait leur être proposée (51). La téléconsultation via l'outil numérique est censée être un gain de temps pour les médecins, cependant à cause de l'outil, la charge de travail est susceptible d'être augmentée (53).

En milieux rural et semi-rural, l'infrastructure du réseau est loin d'être optimale et cette condition est nécessaire. Ce qui peut être un frein et être une des raisons à la non-adhésion à la téléconsultation notamment avant la crise (44).

L'absence d'examen clinique est également la plus grande des difficultés rencontrées lors d'une téléconsultation (32).

Après la crise, les médecins généralistes sont mitigés comme nos participants vis-à-vis de cette pratique selon l'étude de la DREES (32) et seulement un quart souhaite utiliser ce mode de pratique durablement dans la thèse marseillaise de Luzet (46) alors que selon une étude Doctolib 74% des médecins sont enclins à continuer d'en faire après la pandémie (54).

Le fait que les médecins de notre étude se soient rendus compte que la téléconsultation a permis de valoriser des actes qui étaient faits gratuitement (appels, messages, mails) est une donnée qui ne ressort pas vraiment dans la littérature. C'est une réelle prise de

conscience de quelque chose qui existait déjà, perçue comme chronophage et dérangeait les consultations. En effet, d'après le baromètre de l'Union Régional des Médecins Libéraux de Bretagne, les conseils téléphoniques seraient estimés en moyenne à 30 par semaine d'une durée moyenne de trois minutes : ce qui représenterait un temps hebdomadaire de 90 minutes (55). Le travail de thèse de Hadj Ameur abordant les pratiques et opinions sur les conseils et consultations téléphoniques de médecins généralistes marseillais en 2019 a montré que trois quart des médecins ont reconnu que cette activité de conseil faisait partie intégrante de leur exercice mais presque 90% d'entre eux ont trouvé que c'était chronophage. Néanmoins plus de la moitié n'étaient pas favorables à la téléconsultation car ils la trouvaient dangereuse en engageant leur responsabilité (56).

Les médecins participants à notre étude ont pris conscience que les conseils téléphoniques pouvaient être convertis en téléconsultation.

La question de la déshumanisation liée à la téléconsultation s'est posée aux participants, mais les avis sont partagés.

Les patients qui l'ont utilisée ont été ravis d'avoir accès à leurs médecins à distance et continueront à l'utiliser mais d'autres ont repris des consultations en face à face dès qu'ils ont pu.

Certains participants de notre étude craignaient une diminution voire une altération de la relation médecin-patient surtout si l'usage était exclusif, comme dans l'étude de Thouret (15), un autre travail de thèse qualitative de Khalfallaoui de 2019 a montré que si tous les codes relationnels entre les deux parties étaient bien respectés, la relation était préservée sous ces conditions (57).

Un point important qu'ont soulevé les participants de notre étude est l'éducation et la sensibilisation des patients à cette pratique, comme dans un article américain (44). Il est important de leur expliquer dans quels cas la téléconsultation peut être utilisée et comment s'y adapter.

Les médecins participants redoutaient les dérives de cette pratique et c'est une raison pour laquelle ils ont commencé ce mode d'exercice dans le but d'essayer de le maitriser et l'encadrer. Ils voulaient rester le pivot des soins primaires. Ils craignaient la surconsommation comme étant une dérive de la téléconsultation et le Conseil National de l'Ordre des Médecins met en garde les professionnels sur les abus et le mésusage qu'il peut exister, il rappelle également que l'examen clinique reste un élément central de l'exercice de la médecine et que l'usage exclusif de la téléconsultation n'est pas éthique (47).

Ils craignent une ubérisation de la médecine en soins primaires face aux sociétés privés existantes qui proposent un médecin 7j/7 et 24h/24. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en 2018 exprimait une méfiance envers ces plateformes, la surveillance a été alors renforcée (58).

D. Confrontation avec une étude menée en milieu urbain par entretiens semi-dirigés faite simultanément

Tableau 6 : Similitudes

	Etude de Maurin S.	**Etude de Campels D.**
Similitudes	• Mêmes motifs, mêmes champs d'activités, mêmes profils de patients identifiés • Patients satisfaits dans l'ensemble • Freins à la mise en place de la téléconsultation : maitrise de l'outil, organisation en amont, rémunération, diminution du contact physique et du lien avec le patient • Avantages : Valorisation d'actes médicaux faits autrefois gratuitement, gain de temps pour le médecin et son patient, atout pendant la crise sanitaire • Attentes : optimisation du réseau sur les territoires, objets connectés avec IDE en visite à domicile ou en EHPAD • Craintes : ubérisation de la médecine	

Tableau 7 : Différences en lien avec le lieu d'exercice

	Etude de Maurin S. **Milieux rural et semi-rural**	**Etude de Campels D.** **Milieu urbain**
Différences	Médecins plus réticents, téléconsultation mal considérée (1 seul la pratiquait avant la crise)	Médecins plus enclins à en faire malgré les freins (7 en faisaient avant la crise)
	Médecins avec des avis partagés quant à la poursuite de la pratique. Certains ont continué et pour d'autres cela restera du dépannage	Volonté de poursuivre cette pratique après la crise, à souligner toutefois que les entretiens effectués ont été réalisés pendant la crise
	Sentiment d'être contraint à faire de la téléconsultation sur l'incitation des autorités pendant la crise sanitaire	Pas de sentiment d'obligation, vécu à l'inverse comme un levier ou un élément facilitateur pour la téléconsultation
	Beaucoup de problèmes techniques liés à la couverture réseau du territoire	Peu de problèmes de réseau, meilleure couverture
	Méfiance vis-à-vis des cabines et plateformes de téléconsultation	Pas de réticence explicitée à ce propos
	La téléconsultation n'est pas considérée comme une solution pour pallier aux zones déficitaires	La téléconsultation semble être une solution pour pallier aux déserts médicaux
	Souhait de développer la télé-expertise, dû à la difficulté d'accès aux spécialistes	La télé-expertise n'a pas émergée dans les entretiens

Tableau 8 : Différences en lien avec la méthode de recueil de données

	Etude de Maurin S. **Recueil par focus group**	**Etude de Campels D.** **Recueil par entretiens semi-dirigés**
Différences	Données d'appartenance plus générale	Données recueillies plus intimes sur l'expérience personnelle vécue
	Pas de stratégie compensatoire explicitée	Mise en place de stratégies compensatoires pour pallier au manque d'examen clinique

Grâce à ces deux études, nous avons pu mettre en avant les motifs d'intérêt communs de la téléconsultation quel qu'en soit le lieu d'exercice des médecins interrogés. La valorisation d'actes médicaux faits autrefois gratuitement est une donnée importante pour tous les participants et apparait comme nouvelle dans la littérature. La téléconsultation a également permis aux praticiens et aux usagers un gain de temps et pendant le confinement, elle a été un puissant atout dans la gestion de la crise mais aussi dans la poursuite des soins de médecine générale.

L'expérience des participants leur a permis d'identifier des champs d'activités, motifs et profils de patients adaptés à la téléconsultation, les résultats sont équivalents en milieux urbain, semi-rural et rural. Dans les deux études, les patients ont été globalement satisfaits. Concernant l'avenir de cette pratique, l'ubérisation de la médecine et le mésusage sont ressortis comme des craintes communes. En revanche, l'optimisation du réseau sur les territoires, organiser avec les infirmièr(e)s des visites à domiciles ou en EHPAD avec des objets connectés sont des souhaits exprimés par tous nos participants réunis.

Si les freins inhérents à la téléconsultation sont communs (peur de ne pas maîtriser l'outil, inaptitude, baisse du lien avec le patient, coût), ils sont source d'une réticence plus forte chez les praticiens exerçant en milieux rural et semi-rural. En effet, on constate dans l'étude réalisée en milieu urbain que si ces craintes existaient avant le recours à la téléconsultation, elles étaient rapidement balayées avec la pratique, notamment pour ce qui est de la peur de l'outil informatique. En milieux rural et semi-rural, ces craintes

persistent et freinent une utilisation future de la téléconsultation. Plusieurs éléments pourraient expliquer ce phénomène.

Un des éléments vient des aptitudes de chacun pour s'auto-former aux nouvelles technologies. Dans l'étude menée en milieu urbain, sept médecins interrogés avaient débuté la téléconsultation avant la crise sanitaire, contre un seul dans l'étude menée en milieux rural et semi-rural. Une telle différence pourrait s'expliquer par une aptitude plus grande à l'innovation en milieu urbain et impliquerait un recul d'utilisation plus important, donc une meilleure maîtrise de l'outil. L'élément suivant est l'opinion de départ des médecins interrogés, plus favorable de la part de ceux qui ont commencé cette activité de manière volontaire, soit sans contrainte. Justement, cette notion de contrainte a été évoquée dans l'étude réalisée en milieux rural et semi-rural dans laquelle certains praticiens verbalisaient le fait de s'être sentis « forcés » par la crise sanitaire à faire de la téléconsultation. A l'inverse, dans l'étude en milieu urbain, les praticiens identifiaient plutôt la crise comme un « levier », un « élément facilitateur » pour la téléconsultation.

Un autre élément qui est indépendant de la bonne volonté des médecins est la couverture réseau. Les professionnels exerçant en milieu rural sont trop souvent confrontés aux difficultés de connexion avec un réseau Internet parfois lent et limité, ce qui est un frein majeur à la pratique de la téléconsultation. Ces praticiens évoquaient d'ailleurs l'idée qu'en milieu urbain, ce problème n'existait que très rarement et que la population était probablement mieux équipée.

Concernant plus particulièrement l'avenir de la pratique de la téléconsultation par les praticiens interrogés, dans le travail en ville, tous souhaitaient poursuivre la pratique, à des degrés divers certes, mais la motivation était présente. Dans celui en campagne, la téléconsultation ne faisait pas partie de l'avenir de la plupart des médecins interrogés. En plus des arguments que nous venons d'évoquer, on peut ajouter pour ce point que les entretiens n'ont pas été réalisés à la même période. Dans l'étude en milieux rural et semi-rural, les médecins interrogés entre août et octobre 2020 sont plus proches de leurs conditions habituelles de travail avec une activité de téléconsultation qui s'est largement amoindrie avec le déconfinement. La crise sanitaire et le confinement de mars 2020 ont fait exploser le nombre de consultations à distance et dans l'étude menée en milieu urbain, les médecins ont été interrogés lors de cette période. Cela créait naturellement une dynamique, liée à un renouvellement des pratiques et à des pistes de travail

imaginées pour le futur, qui aurait probablement été différente s'ils avaient été interrogés ultérieurement.

Des éléments de pratiques individuelles, plus intimes, sont évoqués dans le travail réalisé en milieu urbain : un rythme plus confortable en téléconsultation, le développement de stratégies compensatoires pour pallier le manque de l'examen clinique, menant certains d'entre eux à évoquer une écoute plus poussée en téléconsultation et donc une meilleure compréhension du patient et de sa maladie. Ces aspects n'ont pas été retrouvés dans le travail mené en milieux rural et semi-rural. Pour expliquer cela, on peut évoquer la différence du type d'entretiens entre nos deux études. L'entretien individuel fait émerger des éléments plus intimes, vécus affectivement, alors qu'en focus, les opinions émanant d'un groupe de même appartenance sont plus générales.

Enfin, les médecins installés en milieu urbain estiment que la téléconsultation est un remède pour pallier les zones de désertification médicale. Pourtant, les professionnels exerçant en zones rurale et semi-rurale ne partagent pas ce point de vue. Pour expliquer ceci, ils évoquent principalement leur méfiance vis-à-vis des cabines et sites de téléconsultations. En effet, ils sont plus souvent confrontés aux problématiques inhérentes à ces pratiques que les médecins de ville. C'est ce que certains appellent le « drive de la médecine », c'est-à-dire une médecine de consommation. De plus, dans l'étude réalisée en milieu urbain, les médecins soulignent bien l'importance de connaître les patients pour pouvoir être pertinent en téléconsultation. Cela questionne ainsi sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine dans ce cadre.

E. Forces et limites

C'est un sujet innovant car aucun travail ne s'est intéressé réellement à l'expérience vécue des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation pendant la crise sanitaire.

Le travail de recherche portant sur l'expérience vécue, la méthode d'analyse qualitative phénoménologique a été la plus adaptée pour répondre à la question de recherche.

Le principe de triangulation des données avec un expert en analyse phénoménologique a renforcé la validité des résultats et la saturation de données a été atteinte, les derniers échanges n'apportant pas d'information nouvelle.

Le choix de recueillir les données par focus group a été privilégié afin d'avoir des informations plus riches dans un délai rapide et pour que les médecins puissent confronter leurs expériences entre eux et ainsi permettre une émulation.

L'étude a été réalisée après la fin de l'état d'urgence le 11 juillet 2020, ce qui a permis aux médecins un retour d'expériences récent sur leurs pratiques mais aussi sur le devenir de celles-ci au quotidien après le premier confinement, sachant que les mesures gouvernementales assouplies ont été prolongées (59) et que deux autres confinements ont eu lieu par la suite.

Dans chacun des groupes de discussions, la plupart des médecins se connaissaient entre eux : ce qui a favorisé une libre expression de chacun dans une ambiance détendue et sans jugement.

Concernant les limites de l'étude, un biais d'investigation peut diminuer la puissance de celle-ci car elle représente le premier travail en recherche qualitative de l'investigatrice. Pour limiter ce biais, la chercheuse a pu participer à une formation de recherche bibliographique et aux différents ateliers thèse sur chaque étape cruciale de l'avancée de ce travail proposés par le DUMG de Montpellier. L'aide du directeur de thèse a également permis de limiter ce biais.

Le guide d'entretien a été relu et validé par un expert en analyse phénoménologique par conséquent le biais de formulation est limité.

L'animation d'entretien collectif réalisée par la chercheuse était sa première expérience, elle n'avait pas reçu de formation particulière ce qui a pu peut-être engendrer une perte de données. Pour pallier à ce biais, plusieurs questions de relance étaient prévues dans le guide d'entretien. Et l'effet halo ne peut pas être complètement écarté même si l'animatrice a modéré au mieux les entretiens collectifs.

La chercheuse connaissait certains participants ce qui a aussi pu entrainer un biais mais aussi libérer la parole.

Le biais d'interprétation a pu être limité par plusieurs moyens. Une transcription stricte mot à mot avec inclusion du langage non verbal, une double lecture avec triangulation avec un expert en analyse phénoménologique ont réduit ce biais.

F. Perspectives

La plupart des médecins généralistes se sont mis à la téléconsultation par la force des choses à cause de la pandémie du coronavirus, ils ont découvert certains avantages : un outil pertinent pendant la crise et une valorisation d'un travail effectué bénévolement. Cette pratique, qui va à l'encontre de la médecine que l'on apprend avec l'examen clinique et le relationnel ne va pas se substituer à celle existante bien au contraire, elle peut être complémentaire. Cependant pour être pérenne, des améliorations sont à envisager car sa mise en place n'est pas encore optimale.

Des protocoles de bonnes pratiques peuvent être établis (60), les participants ont proposé également un questionnaire en amont de la téléconsultation pour l'éligibilité du motif ou l'élaboration d'une « check-list ». Il serait peut-être intéressant de codifier ce qui peut être fait en téléconsultation ou non car jusqu'à présent les motifs éligibles à la téléconsultation variaient en fonction de chaque professionnel.

L'utilisation d'objets connectés est une piste à essayer de mettre en œuvre afin de pallier à la carence d'examen clinique, elle est favorisée par la sécurité sociale dans les forfaits structures (12). Et le travail de thèse de Letellier T. en 2016 a montré que 94% des consultations de médecine générale pouvaient être réalisées en téléconsultation avec des objets connectés (61). Cependant Courtin M. dans son travail de thèse en 2018 sur les objets connectés a mis en évidence une crainte et un doute vis-à-vis de leurs utilisations (62). Il serait intéressant d'étudier comment cela peut-il être mis en place en soins primaires.

Les médecins ont souhaité une réelle fluidité dans l'outil et une simplicité d'utilisation pour eux et leurs patients avec la possibilité d'avoir une interface connectée à leur logiciel métier pour la traçabilité des téléconsultations, il faudrait également améliorer les infrastructures de réseau sur le territoire.

Certains médecins ont suggéré la poursuite de l'autorisation des pratiques téléphoniques. Cependant un flou juridique flotte toujours autour de ce sujet, un éclaircissement serait nécessaire avec un encadrement légal plus précis notamment quand les mesures d'assouplissements du gouvernement à cause de la covid seront terminées.

Une autre idée soumise par les participants a été une cotation différente voire inférieure pour la téléconsultation. Lesdos G., co-fondateur et Président chez Medaviz évoque lui aussi cette idée d'une tarification différente pour cet acte sous forme de deux propositions soit diminuer le prix de la téléconsultation soit majorer celui de la consultation physique (63). Est-ce une piste à étudier ?

Enfin, les médecins aspireraient à la mise en place de la télé-expertise mais sa mise en pratique reste encore incertaine au niveau organisationnel sur le terrain principalement.

Toutes ses suggestions amènent à se demander comment va évoluer la pratique de la téléconsultation après la crise sanitaire ?

V. Conclusion

Ce travail de recherche a permis de mettre en évidence que la téléconsultation était une pratique plutôt mal considérée par les médecins généralistes avant l'arrivée de la pandémie du coronavirus.
Ensuite, les éléments qui ont facilité l'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire ont pu être identifiés comme la forte incitation des autorités ou la prise en charge en tiers payant intégral. Les débuts de cette pratique ont été un apprentissage contraignant sur le terrain pour les professionnels notamment à cause de la couverture réseau du territoire ou à l'organisation en amont qu'elle requiert pour les professionnels et les patients.
Après la crise, avoir pratiqué la téléconsultation a fait prendre conscience aux médecins généralistes des motifs d'intérêt de celle-ci, par exemple la valorisation d'actes gratuit, un gain de temps, l'utilité de cet outil pour s'organiser pendant le premier confinement. Malgré qu'elle soit une nouvelle manière d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles, elle génère des attentes et des craintes auprès des professionnels.

La téléconsultation est une façon différente d'exercer la médecine qui ne se substituera jamais à la médecine que l'on nous enseigne. Elle est complémentaire et utilisée à bon escient dans certaines conditions, elle offre une nouvelle possibilité de prise en charge pour les patients, une valorisation d'actes gratuits et une solution pour s'adapter à la crise.

Entre le milieu urbain et rural/semi-rural, il existe des similitudes et des divergences d'opinions dues majoritairement au lieu d'exercice.

Les médecins souhaitent rester maitre de cet outil et de l'utiliser selon leurs besoins. Plusieurs pistes sont à étudier pour pérenniser cette pratique en soins primaires comme par exemple l'utilisation d'objets connectés ou l'élaboration d'un protocole standardisé pour déterminer l'éligibilité d'un motif adapté à la téléconsultation.

VI. Références bibliographiques

1. Code de la santé publique - Article L6316-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/#:~:text=La%20t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine%20est%20une%20forme,information%20et%20de%20la%20communication.&text=La%20d%C3%A9finition%20des%20actes%20de,%C5%93uvre%20sont%20fix%C3%A9es%20par%20d%C3%A9cret.

2. Simon P, Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins [Internet]. Ministère de la Santé et des Sports; 2008 nov p. 160. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

3. 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.

4. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

5. HAS. Prise en charge de la téléconsultation : accompagner les professionnels dans leur pratique [Internet]. 2018 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2869705/en/prise-en-charge-de-la-teleconsultation-accompagner-les-professionnels-dans-leur-pratique

6. L'Assurance Maladie. La téléconsultation [Internet]. 2021 [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/telemedecine/teleconsultation

7. L'Assurance Maladie. La convention et ses avenants [Internet]. 2020 [cité 30 déc 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-et-avenants

8. L'Assurance Maladie. La téléconsultation [Internet]. 2020 [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/telemedecine/teleconsultation

9. L'Assurance Maladie. Bilan à 6 mois de la Télémédecine [Internet]. 2019 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/3739.php

10. L'Assurance Maladie. Un an de téléconsultations : la montée en charge s'accélère [Internet]. 2019 [cité 19 déc 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/actualites/un-de-teleconsultations-la-montee-en-charge-saccelere

11. Secrétariat d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. Avenir de la télémédecine [Internet]. 2019 [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ19100968S.html

12. L'Assurance Maladie. Modernisation du cabinet : forfait structure [Internet]. 2019 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet

13. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine ? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux U.F.R. des Sciences Médicales; 2017.

14. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2015.

15. Thouret É. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy-de-Dôme [Thèse d'exercice]. Clermont-Ferrand, France : Université Clermont-Auvergne - UFR de Médecine; 2019.

16. Carré E. Télémédecine: représentations et expériences des médecins généralistes: Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2013.

17. Maigner S, Durif L. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l'exemple de la pratique en milieu maritime [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université Aix-Marseille - Faculté de Médecine; 2018.

18. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Santé Publique. 2016;4(28):487-97.

19. Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC, Woolliscroft JO. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic, Lessons for the Future. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. mai 2020;26(5):571-3.

20. Santé Publique France. Infection au nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, France et Monde [Internet]. 2020 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde

21. Organisation Mondiale de la Santé. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 [Internet]. 2020 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

22. Romanick-Schmiedl S, Raghu G. Telemedicine — maintaining quality during times of transition. Nat Rev Dis Primer. 1 juin 2020;6(1):1-2.

23. Ministère des Solidarités et de la Santé. En ambulatoire : recommandations COVID-19 et prise en charge [Internet]. 2020 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge

24. Lurie N, Carr BG. The Role of Telehealth in the Medical Response to Disasters. JAMA Intern Med. 1 juin 2018;178(6):745-6.

25. Simmons S, Alverson D, Poropatich R, D'Iorio J, DeVany M, Doarn CR. Applying telehealth in natural and anthropogenic disasters. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. nov 2008;14(9):968-71.

26. Ohannessian R. Telemedicine: Potential applications in epidemic situations. Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine. 1 sept 2015;4(3):95-8.

27. Ajami S, Lamoochi P. Use of telemedicine in disaster and remote places. J Educ Health Promot. 3 mai 2014;3.

28. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. Telemed E-Health. 23 mars 2020;26(4):377-9.

29. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19.

30. 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.

31. Le Généraliste. Téléconsultation : record d'un demi-million d'actes facturé en une semaine, un MG sur deux y a eu recours [Internet]. 2020 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/03/31/teleconsultation-record-dun-demi-million-dactes-facture-en-une-semaine-un-mg-sur-deux-y-a-eu-recours_322073

32. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. DREES Etudes Résultats. 23 sept 2020;(1162):4.

33. Minka H. Evaluer les impacts de la téléconsultation en soins premiers selon le MAST: model for assessment of telemedicine [Thèse d'exercice]. Versailles, France : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2019.

34. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 1 déc 2007;19(6):349-57.

35. Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat - Médecin Générale. 15 mars 2004;Tome 18(645):382-4.

36. Paillé Pierre, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. 430 p.

37. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD: représentations, attentes et expériences [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux U.F.R. des Sciences Médicales; 2018.

38. L'Assurance Maladie. Les avenants à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux [Internet]. 2020 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/infirmier/textes-reference/convention/avenants

39. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med. 11 mars 2020;382(18):1679-81.

40. Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. BMJ. 12 mars 2020;368:m998.

41. Arsenault M, Evans B, Karanofsky M, Gardie J, Schulha M. Canadian Family Physician. Covid-19 – Exercer la télémédecine durant la pandémie [Internet]. 2020 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.cfp.ca/news/2020/03/26/3-26-2

42. Rufai SR, Rufai TA. British Journal of General Practice. Near telemedicine in general practice during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://bjgp.org/content/near-telemedicine-general-practice-during-covid-19-pandemic

43. Alsaffar H, Almamari W, Al Futaisi A. Telemedicine in the Era of COVID-19 and Beyond. Sultan Qaboos Univ Med J. nov 2020;20(4):e277-9.

44. Doshi A, Platt Y, Dressen JR, Mathews BK, Siy JC. Keep Calm and Log On: Telemedicine for COVID-19 Pandemic Response. J Hosp Med. 1 mai 2020;15(5):302-4.

45. Collège National des Généralistes Enseignants. Enquête nationale Covid 19 et Médecine générale [Internet]. 2020 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/enquete_nationale_covid_19_et_medecine_generale/

46. Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université Aix-Marseille - Faculté de Médecine; 2020.

47. Fréquence médicale. Télémédecine : certains médecins abusent [Internet]. 2021 [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.frequencemedicale.com/index.php?op=article&action=text&type=1&id=6559&fmnl=dc36f18a9a0a776671d4879cae69b551&ReverseCode=aHVqSUpaWUxrV1hna3RWWlFVWTRCZz09&specialite=generaliste

48. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. sept 2019;69(686):e586-94.

49. Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. Syst Rev. 3 juill 2017;6(1):128.

50. Krog MD, Nielsen MG, Le JV, Bro F, Christensen KS, Mygind A. Barriers and facilitators to using a web-based tool for diagnosis and monitoring of patients with depression: a qualitative study among Danish general practitioners. BMC Health Serv Res. 27 juin 2018;18(1):503.

51. Almathami HKY, Win KT, Vlahu-Gjorgievska E. Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. J Med Internet Res. 20 févr 2020;22(2):e16407.

52. Wootton AR, McCuistian C, Legnitto Packard DA, Gruber VA, Saberi P. Overcoming Technological Challenges: Lessons Learned from a Telehealth Counseling Study. Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc. oct 2020;26(10):1278-83.

53. Salisbury C, Murphy M, Duncan P. The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. J Med Internet Res. 16 juin 2020;22(6):e18203.

54. Le Quotidien du médecin. Téléconsultations : 74 % des médecins prêts à continuer après l'épidémie, selon Doctolib [Internet]. 2020 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/teleconsultations-74-des-medecins-prets-continuer-apres-lepidemie-selon-doctolib

55. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Inst Rech Doc En Économie Santé. juill 2009;Questions d'économie de la Santé(144):8.

56. Ameur RH. Les conseils et les consultations téléphoniques en médecine générale : pratique et opinion des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université Aix-Marseille - Faculté de Médecine; 2020.

57. Khalfallaoui C. La relation médecin patient en téléconsultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2019.

58. Département d'Information Médicale. La Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales [Internet]. 2018 [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: http://www.departement-information-medicale.com/blog/2018/02/22/telemedecine-face-risque-duberisation-prestations-medicales/

59. Service-Publique.fr. La téléconsultation : une pratique facilitée en période de crise sanitaire [Internet]. 2020 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14322

60. Iyengar K, Jain VK, Vaishya R. Pitfalls in telemedicine consultations in the era of COVID 19 and how to avoid them. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(5):797-9.

61. Letellier T. Pertinence de la téléconsultation en médecine générale en soins primaires [Thèse d'exercice]. Caen, France : Université de Caen Normandie; 2016.

62. Courtin M. Les objets connectés en médecine générale: leurs enjeux, avantages et inconvénients, selon les internes de la spécialité. [Thèse d'exercice]. Créteil, France : UPEC. Faculté de médecine; 2018.

63. Lesdos G. Tarification des actes de téléconsultation : un peu d'originalité ! [Internet]. Medaviz. 2018 [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.medaviz.com/tarification-actes-de-teleconsultation-doriginalite/

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire

Informations générales vous concernant:

Ces données sont anonymes et permettent d'analyser les caractéristiques des différents médecins participant à l'étude.

- Age :
- Sexe : Masculin / Féminin
- Lieu d'exercice :
- Modalités d'exercice : Cabinet individuel / Cabinet de groupe / Maison de santé pluriprofessionnelle / Autre :
- Depuis quand pratiquez-vous la téléconsultation :
- Nombre de téléconsultations par semaine environ :
  - Avant la crise :
  - Pendant la crise :
  - « Après la crise » (fin d'état d'urgence sanitaire le 11 juillet 2020) :
- Outils utilisés pour réaliser vos téléconsultations : Ordinateur / Tablette / Smartphone / Autre :
- Moyen utilisé afin de pratiquer la téléconsultation : Téléphonique sans visio / Facetime / Whatsapp / Skype / Doctolib / Médicam / Clickdoc / Autres :
- Faisiez-vous partie d'un centre covid ? Oui / Non
- Si non, comment avez-vous organisez votre cabinet pendant la crise ? ……
  ……
  ……

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire ainsi que pour votre participation à cette étude.

B. Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien
Question de recherche : quelle est l'expérience des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise ?

1- Question générale :
Quand je vous dis téléconsultation en médecine générale qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

2- Besoins initiaux :
Qu'est-ce qui vous a mené à proposer des téléconsultations à vos patients ?
QR : Pour ceux qui n'en faisaient pas : aviez-vous envisagé la téléconsultation ? Qu'est-ce qui vous avait freiné ?
QR : Quelles en étaient vos attentes et vos craintes ?
QR : Comment l'avez-vous intégré à votre pratique ? Quelles sont les conditions d'accès ? Les moyens ?

3- Expérience :
Souvenez-vous d'une téléconsultation que vous avez menée... qu'est-ce qui s'est passé ?
QR : Qu'est-ce qui vous a manqué par rapport à une consultation classique ?
QR : Comment décririez-vous votre comportement médical par rapport à une consultation classique ?
Comment avez-vous vécu cette téléconsultation ?
Comment ont réagi les patients ?

4- Expérience en lien avec la crise :
Pour ceux qui n'en faisaient pas : Qu'est-ce que la téléconsultation a apporté à votre exercice en temps de crise ?
Pour ceux qui en faisaient : En quoi votre pratique de la téléconsultation a changé en temps de crise ?
QR : Avez-vous découvert des opportunités nouvelles ?
QR : Profil de patients modifié ?
Pour tous : Sur quels critères acceptez-vous ou refusez-vous une téléconsultation ?
QR : Patients suspects ou tous motifs ? Patients du cabinet ou extérieurs ?

5- Point de vue :
Que pensez-vous de votre pratique de la téléconsultation ?
QR : Si vous deviez résumer les points forts et les points faibles de cette activité que diriez-vous ?
QR : Avez-vous identifié un profil de patients ayant recours à la téléconsultation ?
QR : Et avez-vous identifié des motifs de recours pour lesquels la téléconsultation est adaptée ?

6- Perspectives :
Comment voyez-vous évoluer cette activité dans le futur ?
QR : Pensez-vous pérenniser la pratique de la téléconsultation ? Dans quelles circonstances et pour quels patients ?
QR : Qu'est-ce que vous pourriez faire pour l'améliorer ?
QR : Incitez-vous les patients à utiliser la téléconsultation ?
QR : Avant la crise, il y a eu moins d'actes que prévus par l'Assurance Maladie : qu'en pensez-vous ?

QR : Question de relance

C. Annexe 3 : Verbatim

L'ensemble du verbatim est disponible dans la clé USB ci-joint.

Focus group n°1 :

- Cinq médecins
- Durée : 1h06min

Focus group n°2 :

- Quatre médecins
- Durée : 1h06min

Focus group n°3 :

- Cinq médecins
- Durée : 1h35min

D. Annexe 4 : Fiche de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Focus groupe n°

N° d'identification du participant :

Objectif de l'étude qualitative : Explorer l'expérience des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise.

Proposée par : Maurin Solenne interne en Médecine Générale

Modalités :

Le déroulement de l'entretien auquel vous allez participer consiste à un groupe de discussion de 4 à 6 médecins généralistes, soit en présentiel soit en visioconférence, où des questions vous seront posées sur votre expérience de la téléconsultation. La durée moyenne est estimée à 1h00 d'échange. Vous pouvez quitter l'étude à tout moment sans justification.

L'entretien sera enregistré (audio voire vidéo). Les informations recueillies seront retranscrites avec exactitude de manière anonyme et confidentielle. Le contenu de l'entrevue sera analysé par Solenne Maurin. Votre participation est basée sur le volontariat.

Afin de pouvoir donner mon accord, j'affirme avoir lu et compris ces informations. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais.

Je donne mon consentement à l'enregistrement audio et vidéo des données pour cette étude ainsi qu'à leur retranscription informatisée par le chercheur.

Je confirme que l'on m'a précisé que je suis libre de participer ou non à cette étude et de pouvoir me retirer à n'importe quel moment.

Je suis d'accord pour que les résultats de l'étude soient publiés et communiqués aux autorités concernées par la faculté de médecine de Montpellier ainsi qu'utilisés à des fins de recherches.

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans ce document.

Nom Prénom : ….....

Date …..... / …..... / ….....

Signature du médecin participant : Signature de l'investigateur :

E. Annexe 5 : Caractéristiques de la population

		Age	Sexe	Distance lieu d'exercice-CHU	Modalités d'exercice	Depuis quand pratiquez-vous la téléconsultation	Nombre de téléconsultations par semaine environ :			Outils utilisés pour réaliser vos téléconsultations	Moyens utilisés afin de pratiquer la téléconsultation	Faisiez-vous partie d'un centre covid ?	Si non, comment avez-vous organisé votre cabinet pendant la crise?
							Avant la crise	Pendant la crise	« Après la crise » *				
Focus groupe 1	MA1	57	Féminin	77	MSP MS - Cabinet de groupe	2020	0	1	0	Smarthphone	Téléphonique sans visio	Oui	
	MA2	31	Masculin	85	MSP MS - Cabinet de groupe	avr-20	0	20	15	Smartphone	Téléphonique sans visio	Oui	
	MA3	60	Féminin	77	MSP MS - Cabinet individuel	17/03/2020	0	12	6	Smartphone	Téléphonique sans visio et Médicam	Oui	
	MA4	32	Masculin	85	MSP MS - Cabinet de groupe	17/03/2020	0	3	0	Smartphone et Ordinateur	Téléphonique sans visio et Médicam	Oui	
	MA5	55	Masculin	52	Cabinet individuel	17/03/2020	0	10	0	Ordinateur	Téléphonique sans visio et Doctolib	Non	Consultation sur RDV - Supression salle d'attente
Focus groupe 2	MB1	36	Masculin	38	MSP	2020	0	9	0	Ordinateur	Ma Question Médicale	Non	Plages dédiées pour les suspicions Covid
	MB2	32	Féminin	38	MSP	mars-20	0	10	1	Ordinateur	Téléphonique sans visio	Non	Plages dédiées pour les suspicions Covid
	MB3	36	Féminin	38	MSP	2020	0	15	0	Ordinateur	Ma Question médicale	Non	Plages dédiées pour les suspicions Covid
	MB4	36	Féminin	59	MSP	2020	1	40	1	Smartphone	Téléphonique sans visio	Oui	
Focus groupe 3	MC1	33	Féminin	32	MSP	mars-20	0	50	20 à 25	Ordinateur	Doctolib	Oui	
	MC2	30	Masculin	32	MSP	mars-20	0	25 à 30	5 à 10	Smarthphone et Ordinateur	Téléphonique sans visio et Doctolib	Oui	
	MC3	43	Masculin	32	MSP	mars-20	0	80	10	Ordinateur	Doctolib	Oui/Non	Téléconsultation et présentiel
	MC4	27	Masculin	32	MSP - Cabinets de groupe	mai-20	0	0	3 à 6	Ordinateur	Doctolib	Oui	
	MC5	41	Masculin	32	MSP	sept-18	160	200	200	Ordinateur	Doctolib et WhatsApp	Oui/Non	Algeco sur parking zone salle et zone propre

*(fin de l'état d'urgence sanitaure le 11 juillet 2020)

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MS : Multi-sites

VIII. Serment

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

IX. Résumé

Introduction. La télémédecine existe depuis les années 80 mais il a fallu attendre septembre 2018 pour que la téléconsultation soit remboursée par l'Assurance Maladie. Malgré cette prise en charge, les médecins généralistes y étaient plutôt réticents. La crise de la Covid-19 a engendré un essor considérable du nombre de téléconsultations.

Objectif. Explorer les perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire.

Méthodes. Etude qualitative phénoménologique menée auprès de médecins généralistes exerçant en milieux rural et semi-rural dans le Gard par focus group. Trois entretiens collectifs ont été réalisés dont deux en visioconférence. Cette étude est complémentaire à celle de Campels D. qui a interrogé des médecins généralistes exerçant en milieu urbain par entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats. Quatorze médecins généralistes ont été interrogés entre août et octobre 2020. La téléconsultation était une pratique plutôt mal considérée avant l'arrivée de la pandémie du coronavirus et ses débuts ont été un apprentissage contraignant notamment à cause de la couverture réseau. Les éléments qui ont favorisé son essor ont été identifiés comme la forte incitation des autorités sanitaires ou la prise en charge en tiers payant intégral. Après la crise, sa pratique a fait prendre conscience aux médecins généralistes des motifs d'intérêt de celle-ci, par exemple la valorisation d'actes gratuits. La téléconsultation est une nouvelle manière d'exercer la médecine qui va à l'encontre des règles et qui génèrent des attentes et des craintes.

Conclusion. La téléconsultation est complémentaire à l'exercice déjà existant qui peut perturber certains professionnels par l'absence d'examen clinique, cependant elle offre une nouvelle possibilité de prise en charge pour les patients, une valorisation d'actes gratuits et une solution pour s'adapter à la crise. Entre le milieu urbain et rural/semi-rural, il existe des similitudes et des divergences d'opinions dues majoritairement au lieu d'exercice. Les médecins souhaitent rester maitre de cet outil. Plusieurs pistes sont à étudier pour pérenniser cette pratique en soins primaires.

Mots clés : Téléconsultation, médecine générale, soins primaires, médecins généralistes, vécu, expérience, crise sanitaire, covid-19, coronavirus