

La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ?

Théophile Martin

▶ **To cite this version:**

Théophile Martin. La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ?. Santé publique et épidémiologie. 2021. dumas-03521622

HAL Id: dumas-03521622

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03521622

Submitted on 11 Jan 2022

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.

EREN
Espace de Réflexion Éthique de Normandie

UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE

Mémoire de recherche : Master 2 Santé Publique

Parcours Ethique en Santé

La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ?

Etude qualitative sur l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste par les patients usagers du Médicobus dans le territoire Orne-Est

Soutenu le 20 septembre 2021 par Théophile MARTIN

Sous la direction du **Pr. Guillaume GRANDAZZI** (Sociologue à l'Université de Caen et membre de l'Espace de Réflexion Ethique de Normandie) et du **Dr Matthieu Schuers** (médecin généraliste à Neufchâtel en Bray, Maître de conférences à l'Université de Rouen, directeur adjoint du département universitaire de médecine générale de Rouen)

Année 2020 - 2021

Table des matières

Introduction 7
Déserts médicaux et population rurale 7
Le problème des « déserts médicaux » 7
Une approche populationnelle pour comprendre les besoins de soins 7
Définir le rural 7
La population rurale concernée par les déserts médicaux 8
La médecine générale concernée en premier lieu 11
Le cas ornais 11
La téléconsultation : une solution pour l'accès aux soins ? 12
La téléconsultation proposée pour améliorer l'accès aux soins 12
L'évaluation de l'usage de la téléconsultation par les médecins 12
Le manque d'approche centrée patients 13
Un intérêt grandissant suite à la crise sanitaire 14
L'intérêt porté sur les populations rurales 15
Fracture numérique et population rurale 15
Le concept de fracture numérique 15
La fracture numérique révélée par la crise sanitaire 17
La population rurale concernée par la fracture numérique 18
La fracture numérique en santé 18
Une réflexion éthique autour de la téléconsultation 19
L'approche de la sociologie du risque 19
Questionnements éthiques autour de la téléconsultation 20
Problématisation et objectifs de l'étude 21
Méthode 22
Type d'étude 22
Population 22
Analyse 23
Éthique réglementaire 23
Résultats 24
Population 24
Influence du vécu médical 25
La nostalgie du médecin de famille 25

Un suivi médical chancelant 26
La téléconsultation envisagée pour des motifs précis 28
Illustration 29
Modélisation 31
Influence du vécu rural 31
Un abandon supplémentaire 31
La différenciation ville-campagne 32
La contrainte de la vie rurale 33
Modélisation 34
Influence de l'inclusion numérique 34
Des barrières à l'usage des TIC 34
Un usage orienté des TIC 36
L'obligation au progrès 37
Un sentiment d'insécurité numérique 38
Illustration d'une faible inclusion numérique 38
Modélisation 40
Modèle explicatif 40
Discussion 43
Forces et limites 43
L'intérêt de l'approche sociotechnique 43
Un recrutement sur le terrain 43
Des points de vigilance à prendre en compte… 44
Un attachement au médecin de famille 44
Un mécontentement croissant des territoires relégués 45
Une fracture numérique autant sociale que technique 45
Un outil de communication et non de relation 46
… pour éviter une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins 47
Préserver le choix du patient 47
Progrès technique doit être progrès social 48
Ouverture 48
Conclusion 49
Bibliographie 50
Annexes 56

Introduction

Déserts médicaux et population rurale

Le problème des « déserts médicaux »

Par « désert médical », on entend un lieu où l'accès aux soins est difficile pour des populations. Par ce terme, la dimension spatiale est prépondérante (1). Mais la distance géographique n'est pas le seul facteur à prendre en compte pour étudier l'accès aux soins. Un renoncement aux soins peut exister pour des raisons financières par exemple (2). Le terme « désert médical » doit donc être précisé pour mieux appréhender le sujet de l'accès aux soins. Les institutions désignent ainsi par « zones fragiles », des territoires « vie santé » concernés par le manque d'offre de soins (3). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permet d'identifier ces « zones fragiles » (4). Le manque d'offre de soins concernant de nombreux territoires européens, un indice écologique de défavorisation à vocation européenne a aussi été construit (5). Ces indices aident à définir des territoires où l'accès spatial aux soins est rendu complexe. Les politiques de santé doivent en outre comprendre les besoins de soin des populations de ces territoires.

Une approche populationnelle pour comprendre les besoins de soins

L'accès aux soins est un concept multidimensionnel difficile à définir. L'amélioration de l'accès aux soins passe par une évaluation de l'accessibilité du système de soins et des habiletés des populations à consulter (6). La mesure de l'accès aux soins devient donc une tâche complexe lorsqu'elle essaie d'inclure des dimensions autres que la simple disponibilité des services. L'étude des besoins d'un groupe social est nécessaire. Ces études contribuent aux actions visant l'équité d'accès aux soins (7). La population rurale peut présenter des caractéristiques particulières à étudier pour adapter l'offre de soins à leurs besoins.

Définir le rural

La ruralité est difficile à définir. Depuis la fin du XXe siècle, l'opposition dichotomique ville-campagne n'a plus lieu d'être. De même, définir la ruralité par l'utilisation de l'emploi agricole ou non n'est plus d'actualité. Désormais, il est plus question de contexte rural que de zone rurale. La définition du rural se complexifie donc aujourd'hui avec plusieurs approches qu'on peut retrouver en Europe. L'approche administrative liée à la densité de population reste un critère pertinent pour la définition du rural. Une approche

morphologique liée à l'éloignement des centres urbains et une approche fonctionnelle liée aux échanges socio-économiques sont de plus en plus utilisées (8).

Ainsi, en fonction de l'isolement, un contexte rural sera différent. Naissent ainsi différentes zones rurales : de la zone rurale péri-urbaine à la zone hyper rurale ou rurale « profonde ». Cette dernière est caractérisée par le plus haut niveau d'éloignement des individus entre eux (densité de population), d'éloignement vis-à-vis des services et d'éloignement des centres urbains (9). Des bassins de vie hyper-ruraux sont donc identifiés (Figure 1). Les populations qui y vivent y cumulent plusieurs caractéristiques les distinguant des autres zones rurales :

- Densité faible de population, 3 à 4 fois moins importante,
- Taux d'emploi significativement plus faible,
- Age plus élevé,
- Revenus plus faibles,
- Temps d'accès à l'emploi ou aux services plus important.

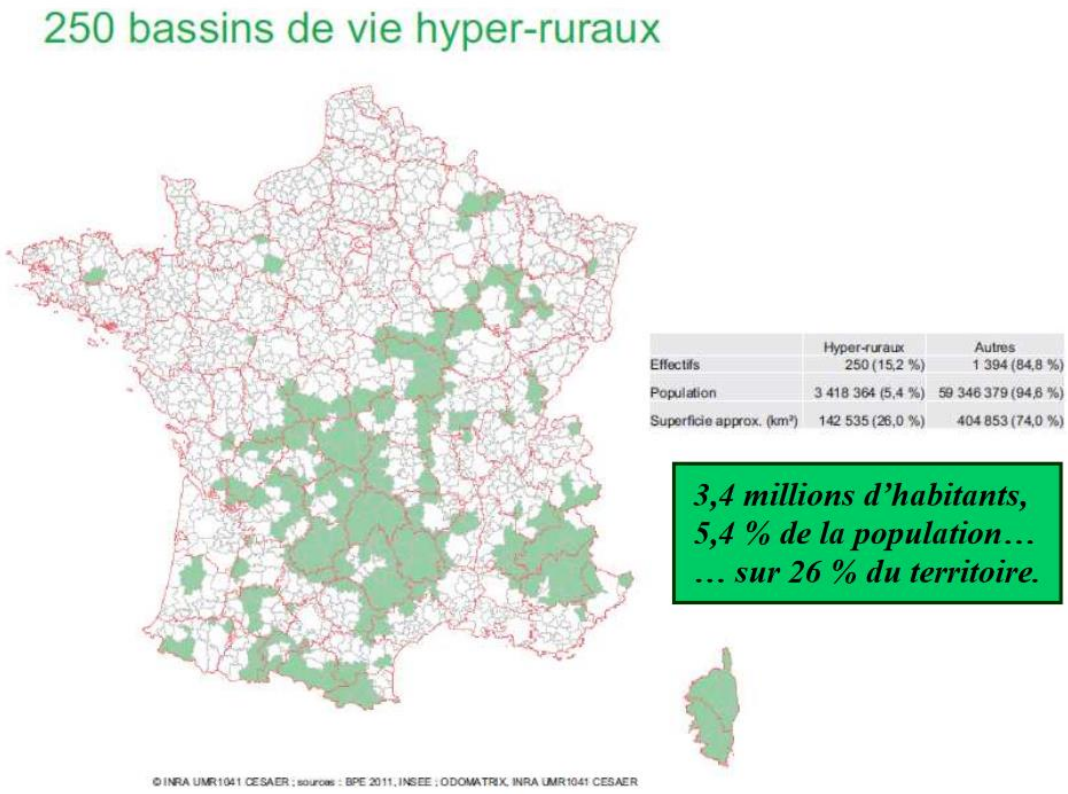


Figure 1 Carte des 250 bassins de vie hyper-ruraux français issue du rapport du sénateur Alain Bertrand

L'éloignement des services concerne notamment l'accès aux professionnels de santé.

La population rurale concernée par les déserts médicaux

En France, plus de 11 % de la population vit dans une commune où l'accès aux médecins généralistes est potentiellement limité (APL inférieur à 2,5 consultations de médecine générale par an par habitant) (10). L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)

permet de mesurer l'adéquation entre offre et demande de soins à une échelle géographique fine (communale). A l'instar des nouvelles définitions du rural, l'indicateur ne se contente pas de la mesure de la densité de médecins ou de patients. L'offre de soins est précisée à travers les services proposés par les communes environnantes et la prise en compte de l'exercice du médecin (âge et temps de travail). La demande des populations est pondérée à travers leur statut sociodémographique et la consommation de soin attendue. Ainsi, la part de la population vivant dans une commune dont l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure de plus de 30 % à la moyenne nationale est de 48 % pour les communes rurales contre 11 % pour les communes urbaines (11). Le nombre de personnes vivant dans une zone à APL inférieur à 2,5 a augmenté depuis 2015. Ce constat peut s'expliquer par la diminution du nombre de médecins qui va se poursuivre jusqu'en 2025 mais aussi par leur inégale répartition. Le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) s'est saisi de cette problématique en éditant depuis 2013 un Atlas de la démographie médicale. La variation des effectifs des médecins en activité totale révèle une diagonale dite « du vide » du Nord-Est au Sud-Ouest où les départements perdent des médecins en activité (12). Ces départements sont davantage ruraux comme le montre la carte de l'IRDES délimitant 6 classes de bassin de vie de l'espace à dominante rurale (Figure 4). Les bassins de vie « ruraux profonds » se superposent à ceux identifiés précédemment comme « hyper-ruraux ». Ces territoires correspondent aussi aux « zones fragiles » que le CNOM décrit.

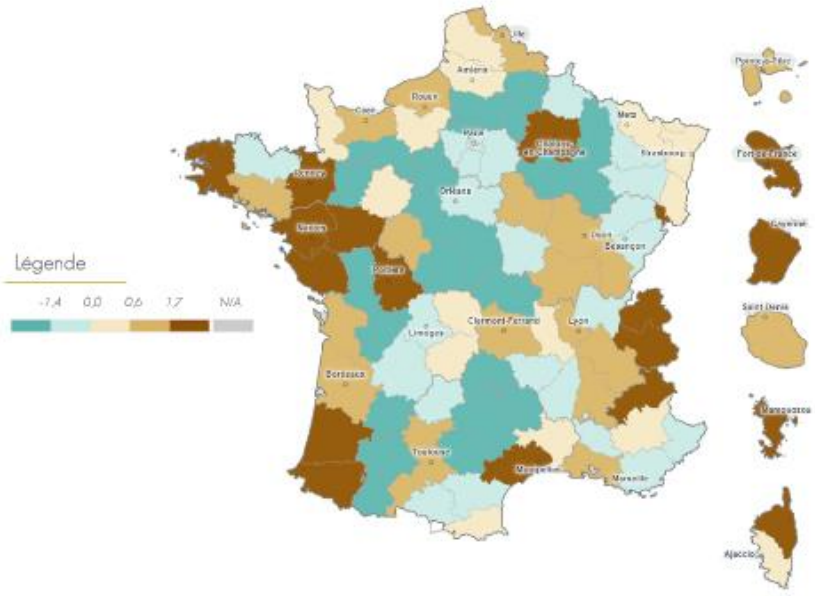


Figure 2 Variation 2019-2020 des effectifs en activité totale (%) selon l'Atlas de démographie médicale 2020 du CNOM.

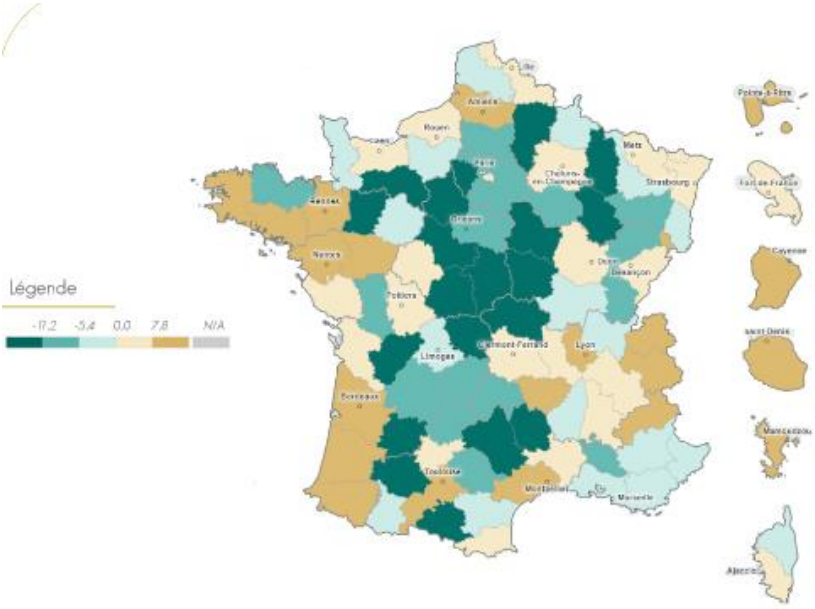


Figure 3 Variation 2010-2020 des effectifs en activité totale (%) selon l'Atlas de démographie médicale 2020 du CNOM.

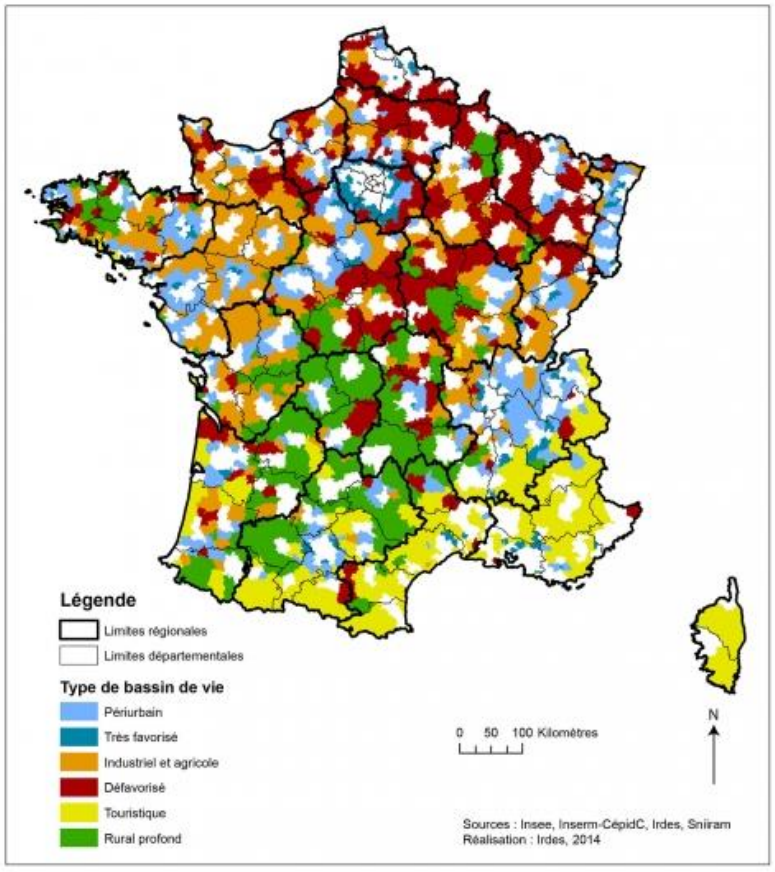


Figure 4 Les 6 classes de bassin de vie de l'espace à dominante rurale selon rapport IRDES de 2014.

La médecine générale concernée en premier lieu

L'Atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) révèle des inquiétudes quant au nombre de médecins généralistes en France (12). Depuis 2010, une baisse notable du nombre absolu de médecins généralistes est observée (Figure 5). Le manque de médecins généralistes risque de persister dans les années à venir. L'index de renouvellement générationnel est insuffisant (inférieur à un) contrairement aux autres spécialistes. Ce manque est particulièrement ressenti dans les zones dites fragiles. Les départements dont le nombre de médecins augmente bénéficient davantage des effets de métropolisation à l'inverse des territoires ruraux. Le manque de services publics et la proximité familiale sont les principaux déterminants avancés par les jeunes médecins (internes et remplaçants) quant à leur installation (13). Or les zones fragiles sont souvent celles qui répondent le moins à ces attentes.

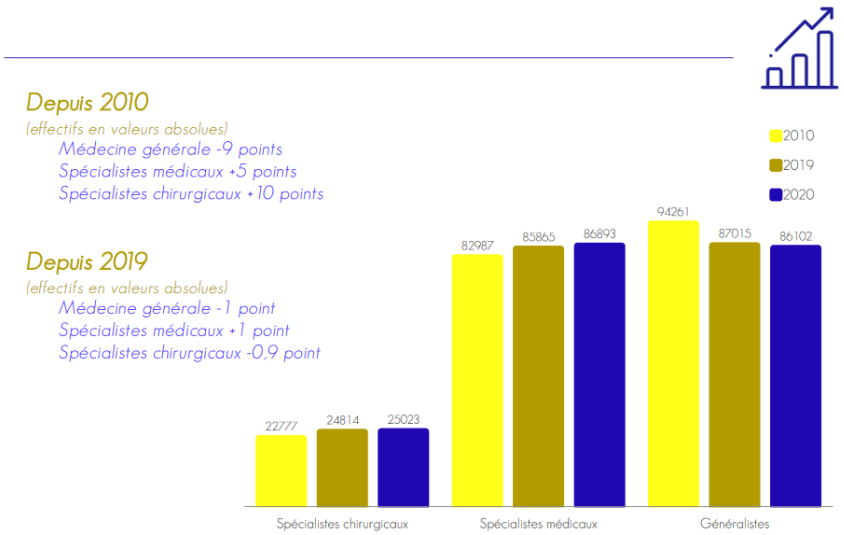


Figure 5 Evolution du nombre absolu de médecins selon spécialités depuis 2010 dans l'Atlas de démographie médical, CNOM, 2020

Le cas ornais

Le département de l'Orne est un exemple choisi de ce qui peut être nommé « désert médical » ou encore « zone fragile ». Matthieu Frélaut, directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de ce département donne quelques raisons au manque de médecins généralistes dans ce territoire. L'exercice seul de médecins partants à la retraite n'attire pas les nouvelles générations. Ces dernières souhaitent mieux concilier vie privée et vie professionnelle en allouant moins de temps à leur exercice. Le conjoint travaillant souvent, le choix du lieu de vie dépend de l'attractivité économique plutôt centrée dans les

métropoles (14). Ainsi l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans est de 2,40 consultations par an et par habitant dans l'Orne en 2018, ce qui place le département en avant dernière position devant la Guyane (15). La variation de médecins inscrits à l'Ordre entre 2019 et 2020 est à la baisse. Concernant cet indicateur, l'Orne est antépénultième devant l'Aisne et Saint Pierre et Miquelon (12). La majorité des territoires de vie-santé ornais sont classés en zone d'intervention prioritaire pour attirer les médecins désireux de s'installer via des aides financières (16).

La téléconsultation : une solution pour l'accès aux soins ?

La téléconsultation proposée pour améliorer l'accès aux soins

Le Code de la Santé Publique, définit la télémédecine comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (17). La téléconsultation est un des cinq champs de la télémédecine aux côtés de la télésurveillance, de la télé-expertise, de la téléassistance et de la réponse apportée en régulation médicale. Pour répondre à la problématique des « déserts médicaux », la téléconsultation est une solution proposée par les instances. La loi Ma Santé 2022, laisse une place importante au numérique pour améliorer l'accès aux soins. La télémédecine permettrait d' « abolir les distances ». Deux champs de télémédecine, la téléconsultation et la télé-expertise, sont appelés à se développer (18). Depuis 2018, tout assuré peut bénéficier de la téléconsultation remboursée selon certains critères (19). La crise sanitaire a accéléré le déploiement de la téléconsultation en allégeant les restrictions à son usage. En septembre 2020, 3 médecins généralistes sur 4 ont mis en place la téléconsultation à la suite du début de l'épidémie de COVID-19 (20).

L'évaluation de l'usage de la téléconsultation par les médecins

Les médecins de soins primaires apprécient la mise en place de la télémédecine comme facilitatrice pour adresser les patients aux spécialistes de second recours. Le renforcement de la collégialité et la rapidité de prise en charge contribuent à cette satisfaction (21). Ce ressenti se rapporte plus à l'usage de la télé-expertise où le médecin traitant accompagné du patient sollicite l'aide d'un confrère dans des situations jugées complexes (22).

Si les problèmes matériels et organisationnels sont réglés, les médecins généralistes considèrent la téléconsultation comme un bon moyen d'entrer en relation avec le patient. Il convient selon eux de s'assurer que ce moyen-là est bénéfique pour le patient (23).

Au moment du développement de la téléconsultation, les médecins généraliste de zones rurales n'étaient pas prêts à changer leurs pratiques et craignaient de mettre à mal la

relation médecin-patient (24). En 2019, ils étaient intéressés par la téléconsultation quand il ne s'agissait pas de consultations complexes mais peu l'avaient mise en place (25). Par ailleurs, ils ne considéraient pas la téléconsultation comme une véritable solution pour les zones en carences d'offre de soins. Les usages envisagés étaient limités au suivi de patients chroniques ou à l'interprétation d'examens biologiques (26)..

La crise sanitaire a très nettement accéléré l'utilisation de la téléconsultation par les médecins. La rapidité du développement de cette diffusion interroge sur le temps d'adaptation laissé aux soignants pour traduire leur exercice dans ce nouveau champ virtuel (27).

Les études et thèses médicales se sont beaucoup intéressées aux modes d'appropriation de la téléconsultation par les médecins. Au-delà des soignants, le ressenti des populations auxquelles ce nouveau mode de consultation est proposé doit être entendu.

Le manque d'approche centrée patients

L'interaction des TIC avec l'environnement social doit être évaluée pour les introduire dans le soin. Il conviendrait d'adopter une approche sociotechnique pour appréhender la place de la téléconsultation (28).

L'approche sociotechnique est utilisée en sciences humaines et sociales pour étudier l'intrication entre un système technique et un système social. Cette approche est née du constat que les objets techniques font partie intégrante du corps social « par tout un ensemble de processus: depuis leur production, leur diffusion, leurs usages jusqu'aux symboles dont ils sont porteurs » (29). Ainsi, étudier l'appréhension de la téléconsultation, sa diffusion et ses modes d'appropriation permettrait une compréhension du corps social auquel elle est proposée.

La sociologie étudie déjà la téléconsultation selon cette approche pour évaluer l'intrication de nouvelles techniques avec le corps soignant qui devient alors le corps social d'intérêt. Il est constaté que l'utilisation par les soignants de la téléconsultation sera différente en fonction des lieux où elle sera mise en place (30). Peu d'études s'intéressent au corps social à qui est destinée la téléconsultation : les patients.

L'approche sociotechniques est appelé à se développer pour améliorer les synergies entre professionnels de soins et nouvelles technologies. Mais avant d'améliorer ces synergies, elles peuvent être utilisée pour prévenir les échecs. La méthode qualitative est tout à fait appropriée pour mener à bien ces évaluations (28).

Les craintes concernant la télémédecine ont été explorées par un questionnaire ayant recueilli 8050 réponses d'assurés d'une plateforme de tiers payant. Les craintes portaient avant tout sur la relation médecin malade qui pourrait être mise à mal à travers les TIC. La confiance dans le médecin réalisant la téléconsultation n'était pas remise en question à l'inverse du tiers introduit par la téléconsultation à savoir l'hébergeur de données voire

l'organisme d'assurance. La méfiance suscitée par la téléconsultation naissait donc de l'immersion d'acteurs inconnus dans la relation de soin (31). La téléconsultation est ainsi envisagée par les patients pour répondre à des motifs de consultation précis faisant plus appel à la performance diagnostique du médecin qu'à ses capacités relationnelles (32).

La téléconsultation ne peut être déployée sans l'étude du système social qu'elle rencontre. L'approche sociotechnique permet de comprendre cette rencontre pour mieux optimiser l'interface entre un nouveau système technique et un système social. Une nouveauté technique est donc nouveauté sociotechnique ce qui justifie de s'intéresser aux populations concernées par cette innovation.

Un intérêt grandissant suite à la crise sanitaire

La crise sanitaire et le déploiement de la téléconsultation lors des différents confinements amènent à s'intéresser à l'utilisation généralisée de la téléconsultation.

Une étude alliant méthodes quantitative et qualitative a décrit l'expérience de la téléconsultation en médecine générale favorisée par le confinement lié à la crise sanitaire en Nouvelle Zélande (avril-mai 2020). L'expérience est satisfaisante avec des soins multiples concernés par ce mode d'exercice. La téléconsultation était préférée si une relation avec le médecin préexistait. Il existait quelques barrières d'accès sur le plan technique et non financier. Il y avait peu de préoccupations au sujet de la protection des données et de la vie privée. Les patients étaient globalement favorables à réutiliser la téléconsultation à condition de continuer à avoir le choix d'une consultation en face à face. Le questionnaire était renseigné en ligne ce qui est une limite dans le recrutement des patients car cela nécessite une maîtrise des TIC. Ainsi les répondants étaient d'âge inférieur et de catégorie socioprofessionnelle supérieure à la population générale (33).

Une enquête similaire a été conduite en Belgique auprès de patients ayant téléconsulté divers dispensateurs de soins dont des médecins généralistes. La satisfaction globale était bonne, mais les usagers indiquaient que la téléconsultation devait être une exception plutôt qu'une règle. La majorité (95%) des téléconsultations ont été réalisées par téléphone et par un dispensateur de soins connu (90%). Les téléconsultations étaient de courte durée (7 sur 10 de durée inférieure à 10 minutes). Plus la personne était âgée, plus la téléconsultation était courte. La téléconsultation du médecin généraliste était envisagée à l'avenir pour 73 % des enquêtés. Une personne sur deux était capable de lancer elle-même une consultation vidéo et trois personnes sur quatre ne s'inquiétaient pas du respect de la vie privée. La rémunération du prestataire de soins pour cet acte ne faisait pas débat. Le questionnaire était envoyé par courrier électronique ce qui est un biais de recrutement similaire à celui retrouvé dans l'étude néo-zélandaise. La période pandémique peut aussi influencer le jugement favorable de la téléconsultation, certains patients ayant des craintes quant à une contamination en salle d'attente notamment (34).

L’intérêt porté sur les populations rurales

Certaines thèses focalisent leur réflexion sur la population rurale, celle-ci étant concernée par le manque de médecins (zones dites fragiles) et la téléconsultation étant proposée comme une solution à ce problème.

Les attentes des patients en territoire rural ont été étudiées dans une région du Nord de la France concernée par le manque de médecins. Les craintes rejoignaient celles déjà exposées dans le questionnaire. L'entretien guidait cependant les patients à imaginer les conditions de réalisation d'une téléconsultation. Les craintes principales concernaient la perte d’une relation privilégiée avec le médecin et une perte des possibilités de communication et d’examen physique avec risque d’erreur médicale. Les craintes relationnelles n’étaient cependant pas détaillées et l’analyse des profils de patients plus ou moins favorables à la téléconsultation non réalisée (35).

Les travaux ont été réalisés avant la crise sanitaire et les confinements qui ont entraîné la multiplication des échanges interpersonnels médiés par les TIC. Une étude qualitative réalisée auprès de patients en 2020 a montré les mêmes attentes et craintes des patients quant à la téléconsultation. L’étude cite le contexte particulier de la crise sanitaire mais sans évaluer l’effet du développement ou non des TIC lors des différents confinements (32).

Dans certains de ces travaux de thèse, la population interrogée était naïve de téléconsultation. Cela permettait d’évaluer le niveau de connaissance de ce mode de consultation et de constater un manque d’information ou des informations erronées parmi les populations rurales (35,36)

Ces travaux permettent de définir l’objet des craintes quant à la téléconsultation parmi ces populations. Une relation déshumanisée et des erreurs médicales en sont les principales. Les populations rurales connaissent des difficultés dans leur accès aux soins mais également dans leur accès au numérique. Le vécu de ces populations serait souhaitable à explorer pour déterminer leur influence sur l’appréhension vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste.

Fracture numérique et population rurale

Le concept de fracture numérique

Le concept de fracture numérique définit les différences d’accès et d’usage des technologies de l’information et de la communication (TIC). Le concept est né en réponse à l’avènement de la société numérique, *« the Network society »* à la fin du XXe siècle (37). Le terme « fracture » décrit l’écart considérable qui existe et souvent se creuse entre différentes populations quant à l’usage des TIC (38).

Il existe plusieurs facettes à la fracture numérique, voire plusieurs fractures numériques auxquelles des réponses peuvent être apportées, définissant alors le concept d'inclusion numérique (39). La fracture numérique ne doit plus être traitée selon une perspective techniciste centrée sur le simple accès matériel aux TIC. Les différences d'usage s'expliquent également par des différences de compétences (fracture numérique de second degré). Ces compétences peuvent être détaillées ainsi :

- Compétences instrumentales : liées à l'utilisation des outils numériques (les logiciels par exemple)
- Compétences informationnelles liées à la compréhension et au traitement de l'information
- Compétences stratégiques liées à l'utilisation de l'information dans une démarche proactive. Cette compétence est nécessaire pour interagir par exemple sur des réseaux sociaux.

Au-delà des compétences numériques, l'environnement social doit être pris en dans les prérequis ou dans les conséquences de l'utilisation des TIC pour préciser la « fracture numérique ». Ces multiples dimensions justifient la désignation au pluriel de ce concept ou encore l'utilisation des termes « spectre numérique » ou « arc-en-ciel numérique ». D'autres auteurs utilisent le terme « inégalité numérique » qui signifierait une exclusion subie par une frange de la population par rapport à une autre. Or cette exclusion n'est parfois pas subie mais choisie par des individus qui ne souhaitent pas utiliser les TIC. Au-delà d'inégalités, certains auteurs préfèrent donc parler de « différences » d'usage (40).

Ainsi, l'idée que la réduction des coûts des TIC et la couverture en réseau des territoires dans les pays développés puissent permettre de résoudre le problème de fracture numérique n'a pas été vérifiée. Au-delà d'une définition techniciste, une définition sociale et culturelle est désormais proposée pour la fracture numérique à l'échelle internationale (*the digital divide*) (38). La fracture numérique ne doit pas être réduite à une question d'accès aux TIC. L'environnement socio-culturel conditionnant cette utilisation doit être pris en compte selon différents aspects (Figure 6).

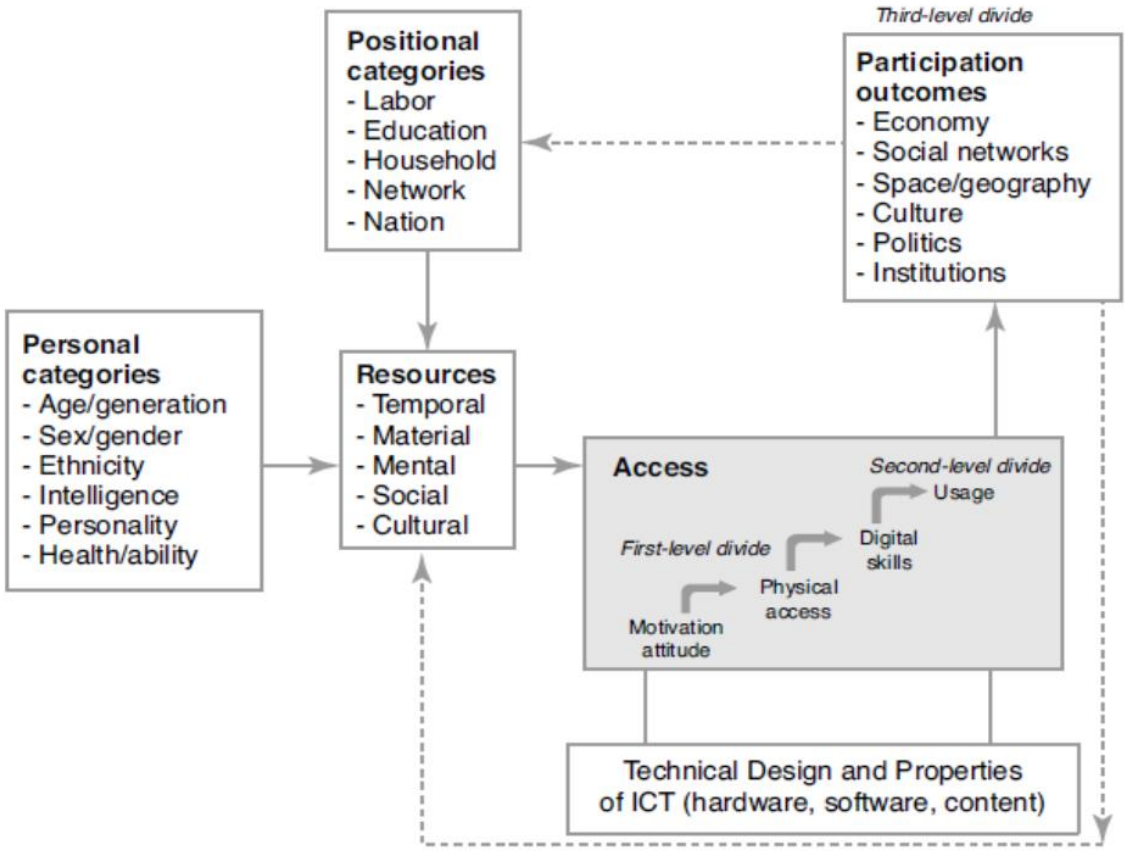


Figure 6 Une définition socio-culturelle au-delà de techniciste de la fracture numérique selon Jan van Djik, The Deepening Divide, Sage Publications (2005)

En France, 14 millions de Français ne maîtrisent pas le numérique et un Français sur deux n'est pas à l'aise avec (41). A cette statistique rappelée par un rapport remis au Sénat en 2020, l'inclusion numérique et la lutte contre l'illectronisme sont proposées par les décideurs publics pour favoriser le processus de dématérialisation des tâches administratives. La loi pour une République numérique intègre l'accès au numérique pour tous par une meilleure couverture internet des territoires (42).

La fracture numérique révélée par la crise sanitaire

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a révélé et amplifié des phénomènes sociétaux pré existants. Il en est ainsi de la fracture numérique. L'accès au réseau internet est désormais quasi vérifié pour l'ensemble des Français mais la période de confinement a révélé une diversité de qualité d'accès à internet à la fois par les inégalités d'accès à un débit de qualité et les inégalités financières d'acquisition de matériel numérique (43). Cette révélation n'est pas propre à la France. Les différents confinements ont amplifié une fracture numérique dans des champs aussi importants que l'éducation ou la santé aux Etats-Unis (44). L'accès pour des raisons techniques ou financières, la motivation ou les compétences ont manqué à certaines populations pour s'adapter aux exigences de connectivité liées au confinement (45).

La population rurale concernée par la fracture numérique

La dimension socio-culturelle de la fracture numérique révèle qu'il existe des populations en situation de vulnérabilité pour s'approprier les TIC. Les populations rurales connaissent cette situation. A l'instar du chemin de fer au XIXe siècle ou du téléphone au XXe siècle, les investissements nécessaires pour équiper les territoires ruraux ralentissent la diffusion des TIC pour ces populations (46). Cette situation est un point de départ à la fracture numérique pour cette population. L'effort financier et matériel consenti par les pouvoirs publics et les organismes privés sont trop importants eu égard au peu de retour sur investissement (47).

Au-delà de l'aspect technique, les populations rurales présentent des caractéristiques socio-économiques propres qui entretiennent cette fracture numérique. Ainsi, les populations sont plus âgées et présentent un niveau socio-éducatif moins élevé et de plus faibles revenus que le reste de la population, caractéristiques qui interfèrent sur l'usage des TIC (48).

Les difficultés d'usages d'internet dans la population rurale sont particulièrement révélées par les tâches administratives. Alors que l'usage des réseaux sociaux est facile notamment via les smartphones, l'utilisation du clavier, l'écriture d'un mail, le renseignement d'un formulaire sont vécus plus difficilement. Par ailleurs, les classes populaires vivent difficilement le contact virtuel avec les fonctionnaires (pôle emploi, CAF…) dont le travail est perçu comme frauduleux, la rupture avec la rencontre en face à face expliquant ce ressenti (49).

La fracture numérique en santé

La littérature anglo-saxonne s'intéresse à la traduction de la fracture numérique dans le champ de la santé d'autant plus depuis le déploiement de la télémédecine avec la crise sanitaire (50). Les populations rurales américaines utilisent moins les téléconsultations tout comme les populations défavorisées en milieu urbain (51). Au-delà de la téléconsultation, les populations rurales étant plus âgées, elles utilisent moins internet pour s'informer sur la santé (52).

L'utilisation des TIC en santé devient de plus en plus essentielle. Les indicateurs de qualité de vie varieraient en fonction du niveau d'utilisation d'internet en lien avec la santé. Ceci s'explique par une meilleure utilisation des TIC par des populations jeunes, favorisées économiquement et connaissant moins de problèmes de santé mentale. Ainsi, dans une cohorte de 1915 femmes, l'index de qualité de vie était jusqu'à 5 fois supérieur chez celles utilisant quotidiennement internet par rapport à celles l'utilisant moins régulièrement (53). Les groupes ayant un accès limité aux TIC sont en grande partie les mêmes que ceux qui souffrent des plus grandes disparités en matière de santé et qui sont traditionnellement mal desservis par le système de santé (54). Au-delà de l'accès, l'usage des TIC en matière de

santé doit être précisé. Un niveau socio-éducatif élevé est associé à l'utilisation d'applications et de moteur de recherche alors que les services vidéo sont préférés parmi les niveaux plus faibles (55).

En France, peu d'études se sont intéressées à la traduction de la fracture numérique en santé. Des différences d'usage sont remarquées entre les groupes sociaux dans l'utilisation d'Internet pour la santé. Ces différences sont aussi justifiées par un niveau socioéducatif entraînant une moindre utilisation d'internet. Il existe aussi un effet de genre, les femmes étant plus proactives dans l'utilisation d'internet. La télévision reste aussi un média concurrentiel très important dans l'information en santé parmi les milieux populaires (56).

Les solutions proposées pour réduire la fracture numérique en santé vont au-delà de la simple inclusion numérique. Les interventions ciblant spécifiquement les connaissances en matière de santé peuvent être efficaces pour réduire la fracture numérique en facilitant la capacité des personnes à obtenir des informations médicales en ligne. L'éducation au numérique ne serait ainsi pas suffisante, une éducation à la santé serait aussi nécessaire pour réduire la fracture numérique en santé (52). Une solution serait de proposer une aide humaine par une personne de confiance pour l'utilisation des TIC en santé notamment pour vivre une téléconsultation (57).

La proposition de la téléconsultation devrait donc prendre en compte le tissu social dans lequel elle est proposée, sa relation au numérique et sa relation à la santé. Cela passe par une réflexion éthique plus que technique avant sa mise en place.

Une réflexion éthique autour de la téléconsultation

L'approche de la sociologie du risque

L'innovation de la téléconsultation pour les populations rurales et les incertitudes qui l'entourent justifient l'apport de la sociologie du risque pour apprécier ce phénomène. Cette lecture se justifie pleinement car la société occidentale est confrontée à des avancées techniques majeures et rapides qui appellent à une réflexivité quant à leur mise en œuvre selon Ulrich Beck. Le progrès entraîne des menaces et dangers que le sociologue allemand résume en risques pour la société. La « perception sociale du risque » fait du risque une réalité même si sa construction est irrationnelle (58). Ainsi, dans l'exemple de l'accident nucléaire de Tchernobyl, la parole des victimes a été intéressante à recueillir pour comprendre les appréhensions des risques engendrés par la catastrophe en s'affranchissant d'une lecture trop rationnelle et scientifique. Le terme « appréhension » permet de rendre compte de la perception du risque mais aussi de la façon dont les personnes ont prise sur le risque qu'ils ont eux-mêmes identifié (59).

Si menace, danger ou risque sont identifiés, Ulrich Beck appelle la société à une « modernisation réflexive ». Cela se traduit par une réflexion éthique à avoir face au progrès technique.

Questionnements éthiques autour de la téléconsultation

La télémédecine a suscité une réflexion éthique auprès de plusieurs instances nationales et internationales.

L'Ordre des médecins a identifié les enjeux éthiques concernés par l'innovation numérique. Dans un livre blanc consacré à cette thématique, une réflexion éthique *« by design »* c'est-à-dire dès la conception de nouveaux outils de TIC est suggérée (60).

A l'échelle internationale, la World Medical Association (WMA) salue l'accessibilité permise par la télémédecine tout en rappelant qu'une consultation du médecin en face à face doit rester la norme (61). Elle donne six recommandations quant à l'usage de la télémédecine :

1. La télémédecine doit être adaptée aux cadres règlementaires locaux, ce qui peut comprendre l'obtention de licence pour les plateformes de télémédecine, dans l'intérêt des patients.
2. Le cas échéant, le WMA et les associations médicales nationales devraient encourager l'élaboration de normes éthiques, de guides pratiques, de législations nationales et d'accords internationaux sur des sujets relatifs à la télémédecine, tout en protégeant la relation entre médecin et patient, la confidentialité et la qualité des soins médicaux.
3. La télémédecine ne devrait pas être considérée comme équivalente aux soins dispensés en personne et ne devrait pas être utilisée dans le seul but de diminuer les coûts ou comme une incitation perverse à offrir des services superflus et à accroître les revenus des médecins.
4. Le recours à la télémédecine exige que la profession identifie explicitement les conséquences de cette technique sur les relations collégiales et les modèles d'aiguillage, et les gère au mieux.
5. L'intégration des nouvelles techniques et pratiques pourrait exiger l'élaboration de nouveaux principes et de nouvelles normes.
6. Les médecins doivent promouvoir, en matière de télémédecine, des stratégies éthiques qui favorisent l'intérêt des patients.

En France, l'Ordre n'est pas seul à mener une réflexion autour des nouvelles TIC dans la santé. Les espaces de réflexion éthique en région ont mesuré l'enjeu éthique lié à la télémédecine. L'EREN (Espace de Réflexion éthique de Normandie) note que l'avènement de la téléconsultation est l'occasion d'une réflexion autour de la relation médecin-patient. Une dérive de l'acte médical vers un « banal produit de consommation » peut être crainte. La décontextualisation de l'acte de télémédecine par l'absence d'ancrage territorial de celle-ci peut aussi conduire à un appauvrissement relationnel, culturel et affectif de la qualité des soins. Concernant les populations qui ont des difficultés d'accès aux soins, la télémédecine

est appelée à se développer aux côtés d'acteurs locaux afin qu'elle soit une réussite pour les populations qu'elle concerne (62).

L'épidémie de COVID avec le développement rapide de la téléconsultation a stimulé la réflexion éthique entourant cette pratique. En soins primaires, une attention particulière est à apporter au maintien de la possibilité de consultation en présentiel, à l'évaluation de la qualité des soins, au consentement et à l'autonomie du patient, à la prise en compte des difficultés techniques rencontrées par le patient et à la sécurisation des données (63).

Ces différentes réflexions convergent vers l'identification d'un des risques de la téléconsultation : à la place d'être une solution pour des populations en difficulté d'accès aux soins, elle serait un vecteur de dégradation de qualité des soins.

Problématisation et objectifs de l'étude

La téléconsultation est proposée comme une des solutions pour améliorer l'accès aux soins des personnes vivant en zones rurales dites fragiles. Ces zones sont particulièrement touchées par la carence d'acteurs en soins primaires, notamment les médecins généralistes. Elles sont également lieux de fractures numériques interrogeant quant à l'acceptabilité de la téléconsultation dans ces populations que ce soit sur le plan technique ou sur le plan socio-culturel. Certains travaux de thèse récents définissent les craintes sur la téléconsultation du médecin généraliste dans ces populations : la perte de la relation médecin-patient et les diagnostics erronés en sont les principales. Parmi les populations naïves de téléconsultation, une information erronée ou incomplète sur ce qu'est la téléconsultation aggravait ces craintes.

Des réflexions éthiques naissent autour du déploiement de ce mode d'exercice. Mieux comprendre le regard de ces populations qui n'ont pas expérimenté de téléconsultation avec un médecin généraliste contribuerait à ces réflexions, l'acceptation de ce nouveau mode de consultation étant un prérequis indispensable. Cette acceptation peut être difficile du fait des fragilités numériques, territoriales et médicales que connaissent ces populations. La téléconsultation du médecin généraliste préfigure-t-elle une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- Ce nouveau mode d'exercice bouleverse la relation médecin malade. Les populations rurales sont déjà fragilisées par l'éloignement de services essentiels dont celui du médecin généraliste de proximité. La téléconsultation pourrait symboliser un abandon supplémentaire.

- L'arrivée de la téléconsultation signifie aussi l'appropriation d'une technique nouvelle. La fracture numérique que connaît la France fait craindre des difficultés voire un refus à l'utiliser. Etudier l'utilisation des TIC par ces populations, même

naïves de téléconsultation, permettrait d'apprécier les modalités d'appropriation de celles-ci. L'utilisation des TIC pour consulter un médecin pourrait être jugée comme inappropriée pour un suivi médical de qualité.

- Les nouvelles TIC présentent des nouveaux risques liés à la sécurisation des données. Ces populations peuvent être réticentes à l'intervention d'Internet dans le colloque singulier médecin-patient, étant informées de scandales liés à certains *hackings* ou à la réutilisation de données.

Ces questionnements encouragent une réflexion éthique préalable au déploiement de la téléconsultation. Une approche sociotechnique incluant l'étude de l'appréhension de cette technique par une population donnée aiderait à cette réflexion.

L'objectif de ce travail était donc d'explorer l'appréhension de patients vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste à la lumière de leur vécu en zone rurale fragile.

Méthode

Type d'étude

Une étude qualitative a été réalisée auprès de patients en zone rurale fragile par entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens ont été menés en présentiel ou par téléphone par deux chercheurs de façon distincte. Une grille d'entretien permettait d'orienter les questions posées (cf Annexe 1). Les thèmes abordés étaient le vécu médical, le vécu territorial, l'inclusion numérique et l'appréhension de la téléconsultation. La grille a été modifiée au fur et à mesure de l'étude et de l'analyse.

Population

Les enquêtés ont été recrutés de février à juin 2021 parmi les usagers du Médicobus, cabinet médical mobile dans l'Orne. Le Médicobus est un projet mis en place par différentes instances de soins pour faciliter l'accès aux soins primaires dans un territoire fragile : l'Est de l'Orne. Cette unité médicale mobile répond à des besoins de consultation de médecine générale pour soins non programmés chez des patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. Près de 20% des assurés de ce territoire n'ont pas de médecin traitant (64). Les enquêtés devaient être majeurs, sans mesure de protection, sans expérience de téléconsultation avec un médecin généraliste et en situation de difficulté d'accès aux soins car consultant le Médicobus. Des profils variés ont été sélectionnés pour permettre un échantillonnage théorique. Les facteurs de variabilité

étaient : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la catégorie socio professionnelle, l'ancrage territorial et l'inclusion numérique.

Analyse

Une méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée d'Anselm Strauss a été choisie. Après enregistrement, chaque entretien a été anonymisé, retranscrit et codé grâce aux logiciels ONLYOFFICE® disponibles sur le drive sécurisé de l'université de Rouen. L'analyse se faisait au fur et à mesure de l'étude conjointement par les deux chercheurs. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation théorique des données.

Éthique réglementaire

L'étude est inscrite au registre de l'université de Rouen par l'intermédiaire de la déléguée à la protection des données (DPO). Une information écrite était remise aux participants (cf Annexe 2). L'accord oral des participants était obtenu et enregistré en début d'entretien. Les entretiens étaient totalement anonymisés. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription.

Résultats

Population

Dix personnes ont été recrutées à bord du Médicobus (Tableau 1).

Tableau 1 Caractéristiques des participants à l'étude (nommés enquêtés pour ce travail)

Entretien	Code	Age (ans)	Sexe	Modalité	Etudes / Travail	Ancrage territoral	Inclusion numérique	Parcours possible pour consulter médecin généraliste	Médecin traitant déclaré
1	E1	59	F	présentiel	BTS secrétariat / exploitation agricole	Plusieurs générations (via mari), a grandi dans un village rural	smartphone, pas de fibre, pas de 4G, conjoint n'utilise pas internet, formation au numérique, utilise visio pour le travail	5-10 km	Non
2	E2	29	H	présentiel	BTS + licence / Electromécanicien	Plusieurs générations	prise de rdv internet, smartphone, réseau satisfaisant, visio au travail	Voiture ok	Non
3 (fille)	E3f	40	F	présentiel	Bac + études d'Art	Origine rurale, a vécu 10 ans en région parisienne	Utilisation informatique pour loisirs et administratif	13 km	Non
3 (mère)	E3m	69	F	présentiel	retraitée, sécretariat	Vie active en HLM en semi-rural puis rural pour retraite	Utilisation Messagerie instantanée sur smartphone	*Non précisé*	Non
4	E4	70	H	présentiel	Certificat d'étude primaire et CAP / Retraité	Vie active en région parisienne et retraite à la campagne	achats sur internet, application messagerie groupée sur smartphone / pas pour la santé, pas pour tâches administratives (femmes s'en occupe)	10 min	Oui (3 semaines de délai)
5	E5	60	H	présentiel	Intérimaire	*Non précisé*	pas de smartphone / internet avec connexion instable au domicile	20 min	Non
6	E6	86	H	présentiel	retraité, platrier puis opérateur	campagne depuis toujours, même canton depuis l'enfance	prise de rdv internet, recherches internet, envoi mail, messagerie instantanée avec petits-enfants	<1km (à pied) Taxibus de la commune si supérieur	Oui (15j de délai)
7	E7	69	F	présentiel	retraitée, certificat d'étude, employé de laboratoire industrie laitière	campagne depuis toujours, même canton depuis 'enfance	commandes internet et consultaiton annuaire	5 km (voiture) MG / 1H pour spécialiste d'organe	Oui
8	E8	74	F	téléphone	retraitée, certificat d'étude, exploitante agricole	campagne depuis toujours, même canton depuis l'enfance	internets pour loisir (jeux, achats...) / téléphone sans application	<1km à pied, prête à faire > 10km en voiture pour consulter	Oui (15 j de délai)
9	E9	36	H	téléphone	Bac +3, hôtellerie-restauration	campagne dans l'enfance puis urbain (étude et début vie active)	smartphone, 4G, utilisation d'application en santé (prise de rdv, téléconsultation)	10 km (actuel), pourquoi pas 100km	Oui (3 semaines de délai)

Influence du vécu médical

La nostalgie du médecin de famille

L'ensemble des participants exprimait une nostalgie importante de ce qui était souvent nommé le **« médecin de famille »**.

Le médecin de famille était décrit en plusieurs termes mélioratifs qui permettent de décrire ce qui est entendu par cette expression.

Tableau 2 Caractéristiques du "médecin de famille"

Qualificatif	Verbatims phares
Disponibilité	*Moi, mon ancien médecin, je pouvais le contacter à sept heures et demie du matin jusqu'à neuf heures du soir, c'est pas possible ça ! (E1)*
Familier	*Dans le temps avant, c'était des médecins qui suivaient toute la famille (E3f) c'était pas la même époque, ils nous parlait même de la famille éventuellement (E6)*
Fidélité	*J'avais plus de rapport avec mon ancien médecin parce qu'on se connaissait depuis très longtemps (E4)*
Proximité géographique	*pareil faut se déplacer on n'a pas un médecin tout de suite au contact de la personne (E2)*
Autorité	*Le médecin au sein de la commune on ne va pas dire que c'est le deuxième maire mais c'est quelqu'un d'important (E2)*
Déplacement au domicile	*C'était vraiment un médecin de famille, il se déplaçait quand on avait besoin et tout ça (E7)*
Proximité relationnelle	*Le médecin c'est aussi un confident (E3f)* *je parlais 1h avec lui mon Dieu, on parlait de nos escapades, c'était le confident ! (E3m)*
Gratuité	*il venu voir une famille qui habitait au 4e et quand il est redescendu il a frappé chez nous pour savoir si tout allait bien (E3m)*

Une seule limite était retrouvée parmi les qualités du médecin de famille. L'enquêté 9 trouvait de nombreux bénéfices au « médecin de famille » qu'il avait connu dans son enfance avant de vivre en milieu urbain à l'âge adulte. Après un retour à la campagne où vit la majorité de sa famille, il craignait un risque de manque de confidentialité par rapport aux autres proches avec ce modèle d'exercice de la médecine (Tableau 3).

Tableau 3 Risque du « médecin de famille » selon l'enquêté 9

Qualité (connaissance de l'environnement familial)	Risque (perte de confidentialité)
Il y a un suivi qui est important chez le médecin traitant, c'est le médecin de famille qu'on avait gamin et qui se souvenait des vaccins qu'on avait faits, que machin... que dans la famille il y avait des autistes... (E9)	*Je n'oserais pas lui parler par exemple de sexualité [...] Alors que pour moi, c'est important maintenant avec mes médecins. Mais le médecin de famille, je n'oserais pas parce qu'il connaît la mère, le père...voilà... (E9)*

Le **sentiment nostalgique** était très palpable parmi les enquêtés :

- *Mais je trouve que oui niveau médecin de famille c'est bien pour moi mais malheureusement les médecins de famille comme il y avait dans le temps c'est terminé... (E4)*
- *De quoi auriez-vous besoin à proximité de chez vous pour vous assurer une bonne santé ? Un médecin de base généraliste comme dans les années soixante. (E5)*
- *J'aimerais bien comme dans le temps on avait les médecins de famille qu'on appelait ça ! je ne sais pas si ça existe encore ! (E6)*
- *C'est quand même dommage d'en arriver là (E3f)*
- *Ça n'existe plus, faut pas regarder en arrière (E3m)*

Ce sentiment était d'autant plus présent lorsque le suivi médical actuel était insatisfaisant.

Un suivi médical chancelant

La sélection des participants se faisait via le Médicobus, ce qui suggérait une difficulté d'accès à un médecin généraliste et donc un suivi médical non satisfaisant. Certains enquêtés n'avaient pas de médecin traitant (Tableau 1).

Les raisons de non satisfaction de leur suivi tendent à être le pendant négatif des qualités du « médecin de famille » regretté (Tableau 4).

Tableau 4 Inconvénients du suivi actuel par le médecin généraliste

Qualificatif	Verbatims phares
Indisponibilité	*Il y a le fait aussi que des fois ils ont tant de temps à accorder parce qu'ici ils sont surbookés (E4)* *J'ai téléphoné je n'arrivais pas 5- 6 fois à avoir ses assistantes et ils mettaient au répondeur qu'il fallait envoyer un mail (E5)* *Le vétérinaire il vient lui mais nous les médecins, c'est plus l'heure (E8)*
Manque de connaissance	*C'est différent parce que bon on se connaît moins déjà ça fait 2 ans mais sinon moi je trouve que ça se passe bien... (E4)*
Temporaire	*Et puis les généralistes tournent pas mal, il n'y a pas vraiment de généraliste fixe (E3f)* *[le médecin généraliste] c'est quelqu'un qui est tenu à nous suivre plusieurs années. C'est ça aussi qui peut être dérangeant ici, c'est que...on ne sait pas combien de temps les gens vont rester (E9)*
Eloignement géographique	*C'est à dire qu'il faut se déplacer.... […] Tant qu'on peut se déplacer il n'y a pas de problème... (E4)*
Encombrement administratif	*Oui, ça a changé, l'impression de causer à un mur, à un ordinateur (E5) C'est cool, j'ai un médecin traitant sur le papier, c'est génial avec la Sécu du coup, voilà j'ai fait mon job, un médecin traitant, mais bon par contre...ses prochains rendez-vous, ça va être début août...pfff...(E9 en soupirant)*
Absence de déplacement au domicile	*On a appelé le médecin généraliste pour se déplacer et ils ont refusé, c'est quand même un problème ! (E3f) Je ne sais même pas si elle se déplace en ville au cas où on ne peut pas se déplacer .. (E6)*
Manque de relationnel	*j'ai trouvé ça déplorable, son attitude je lui ai dit... (E1) parce qu'ici ils sont surbookés, bon je prends toujours la comparaison qu'en région parisienne on a plus le temps de discuter (E4)*
Tarification de tout acte	*On sent bien que c'est un business... C'est l'argent… Je pense que c'est ce qui attire beaucoup de médecins : le fric (E3f)*
Nombre insuffisant	*Il n'y a pas assez de médecins de toute façon c'est sûr et certain ! (E7) chez nous on ne prend plus de nouveau patient (E3f)*

La sensation de danger sur le plan sanitaire était absente grâce au maillage territorial des services d'urgence sans que cette solution soit présentée comme idéale :

- *Tandis que nous les urgences à XXX c'est encombré... mon mari s'est fait culbuter plusieurs fois par des bêtes à chaque fois il s'est retrouvé aux urgences évidemment, on y passe la journée (E1)*
- *Ou alors après c'est les urgences... après c'est plus d'une heure ou deux, là c'est carrément la demi-journée complète, surtout en ce moment (E2)*

Cependant, les soins non programmés nécessitant un avis médical ressenti comme urgent étaient difficilement satisfaits :

- *C'est vrai que ça devient vite compliqué quand c'est urgent (E3f)*
- *Oui tandis que maintenant on ne va pas vous prendre… on vous dit vous faites le 15 vous allez aux urgences (E8)*

La téléconsultation envisagée pour des motifs précis

Sur le plan médical, au-delà des craintes de perdre une relation privilégiée avec le médecin généraliste via la téléconsultation, il existait des craintes d'**erreurs médicales**. L'absence d'examen physique faisait ainsi craindre le risque d'erreur diagnostique :

- *C'est compliqué de prescrire des médicaments à travers un écran sans avoir touché la personne, on risque de se tromper (E2)*
- *Alors que le médecin généraliste, je me demande justement comment ce serait enfin sans auscultation comment il pourrait établir un diagnostic en fait ; c'est ça qui me dérangerait un peu (E9)*
- *Moi j'ai eu une amie qui a eu un bébé qui a eu une tumeur tout bébé, s'il n'avait pas palper il ne l'aurait pas vue... en téléconsultation il ne l'aurait pas vue... (E8)*

Le manque d'examen physique ne concernait pas seulement l'auscultation mais également les perceptions que peut avoir le médecin dans les différents moments de la consultation :

- *C'est quand même différent la TCS, on peut avoir bonne mine à l'écran (E6)*

La téléconsultation était alors envisagée comme une solution de dépannage pour des **motifs bénins** pouvant se passer d'examen physique comme des troubles fonctionnels connus du patient ou un renouvellement d'ordonnance :

- *Oui pour des choses qui ne sont pas très importantes quand même (E7)*
- *Je pense que ça peut être bien surtout pour les petites choses (diarrhées, constipation...) (E6f)*
- *Si c'est juste temporaire pour un mal de ventre un mal de tête, pourquoi pas mais après si c'est chronique tous les mois tous les 6 mois… (E2)*

- *Peut-être pour des bagatelles... par exemple si je demande pouvez-vous me donner des gouttes pour les yeux (E6)*
- *Des fois c'est juste pour renouveler, si ça va bien il n'y a pas de problème... (E5) .*
- *Si pour renouveler les ordonnances par exemple ! comme maintenant c'est tous les 6 mois... (E6)*

A l'inverse, la téléconsultation n'était pas envisagée pour des motifs plus complexes nécessitant une expression précise des symptômes. Certains enquêtés craignaient leur manque de culture médicale pour décrire verbalement leur plainte. L'écran symbolisait ainsi une privation d'**accès au non-verbal** nécessaire chez de nombreux patients pour exprimer leurs plaintes :

- *Faut être à l'aise déjà pour pouvoir parler avec quelqu'un sur ordinateur, savoir s'exprimer correctement pour expliquer ce qu'on a réellement (E2)*
- *Peut-être avoir peur de ne pas m'exprimer comme il faut… pas savoir sur une question qu'il me pose ou des trucs (E4)*
- *J'aurais peur de mal doser la douleur enfin sur une échelle de 1 à 10...des trucs comme ça, je ne me sens pas, j'sais pas, je ne me sens pas... (E9)*

Pour un motif de dépannage, un médecin généraliste non connu était envisagé mais la préférence pour consulter un **médecin connu** était notable :

- *Et si c'était votre ancien médecin traitant qui vous proposait par ci par là des TC ? Oui occasionnellement de temps en temps mais pas tout le temps. (E1)*
- *Oui, même si c'est un médecin qui n'est pas le nôtre. Il ne faut pas que ce soit continuel faut quand même aller voir notre médecin (E6)*
- *Si c'est mon médecin traitant, je connais le cabinet, il y a un peu une atmosphère...familière un peu. Si je ne connais pas, si je vois un mec qui...enfin je ne sais pas, enfin j'ai du mal à m'imaginer en fait... (E9)*

Illustration

La nostalgie du « médecin de famille » et les difficultés rencontrées dans le suivi médical étaient présentes chez tous les enquêtés mais à des proportions variables.

Plus le vécu médical était insatisfaisant plus le regard porté sur l'arrivée de la téléconsultation du médecin généraliste était négatif. L'objet de ces craintes siégeait avant tout sur le plan relationnel.

L'entretien 1 est intéressant sur ce plan. L'enquêtée, exploitante agricole, vivait depuis toujours dans le canton dans lequel elle exerçait et exprimait avec force le regret de son suivi médical passé : *Moi mon ancien médecin je pouvais le contacter à sept heures et demi du matin jusqu'à neuf heures du soir, ce n'est pas possible ça ! […] Oui, c'est la croix et la bannière pour avoir un médecin […] je trouve ça assez dommage (E1).*

Coutumière de la visio via son travail, elle ne concevait pas la relation médecin-patient au même niveau que celle qu'elle pouvait avoir avec ses comptables avec qui le sujet traité est immatériel : *j'ai déjà mes comptables qui sont en télétravail ça suffit... Le comptable je m'en fou, on parle de chiffre mais le médecin tout de suite non, il y a des choses qu'on dit plus facilement à son médecin quand il est en face de soi plutôt qu'en visio (E1).* Elle expose ainsi une forme de **refus de la professionnalisation** de la relation médecin-patient.

Elle considérait plutôt que la relation devait être humanisée, l'objet de celle-ci étant le **vivant** à l'image des relations qu'elle construit avec ses bêtes : *puis c'est compliqué avec les animaux parce que c'est du vivant, déjà quand ils nous voient arriver les bêtes avec notre blouse noire ils ne nous reconnaissent pas, c'est du vivant... Ils se repèrent au visage (E1).*

A l'inverse, l'enquêté E6, retraité de 86 ans, bénéficiait encore d'un suivi médical de proximité avec sa médecin généraliste. Il décrivait comme les autres les qualités de son médecin d'antan : *Il suivait tout le monde dans la famille ? Oui pratiquement oui oui ! […] C'était plus facile d'avoir un RDV chez un médecin... on vous disait vous pouvez venir demain (E6).*

La difficulté actuelle rencontrée était la relation inhabituelle avec une médecin femme : *moi je suis un peu plus réticent avec les femmes parce qu'on n'est pas habitué à ça, j'ai toujours eu des hommes en médecin ! (E6).* Mais l'accès à ce médecin était encore aisé. Il pouvait y aller à pied depuis chez lui par exemple et il bénéficiait d'une bonne qualité relationnelle : *oui oui, elle ne nous envoie pas promener... Même si elle est en retard elle va discuter (E6)*.

La téléconsultation était alors envisagée à condition que celle-ci soit réalisée par sa médecin généraliste c'est-à-dire un **médecin connu**. Ce nouveau mode de consultation devait se réaliser **en plus des consultations présentielles** pour qu'il n'y ait pas d'effet sur sa disponibilité : *si on ne passe pas plus de temps en téléconsultation que sur place oui ça peut être bien mais à condition qu'elle fasse ça pendant un creux ... tiens j'ai le temps je vais appeler Mr untel (E6).*

Le vécu médical était surtout difficile pour la médecine de second recours. La téléconsultation d'un spécialiste d'organe était souhaitée pour faciliter son suivi et éviter des déplacements longs et coûteux à des consultations où l'enjeu relationnel n'est pas prioritaire : *Alors des spécialistes n'en parlons pas, l'oto rhino prend sa retraite, l'ophtalmo prend sa retraite non mais c'est incroyable ! les cardios c'est pareil ! […] ça me coute 70 e pour me dire vous revenez dans 1 an, c'est tout, il ne me consulte pas ... il regarde le PSA seulement et me dit vous revenez dans un an […] pourquoi pas le faire en visio ? Il me dirait le PSA est bon allez hop vous revenez dans un an...(E6).*

Modélisation

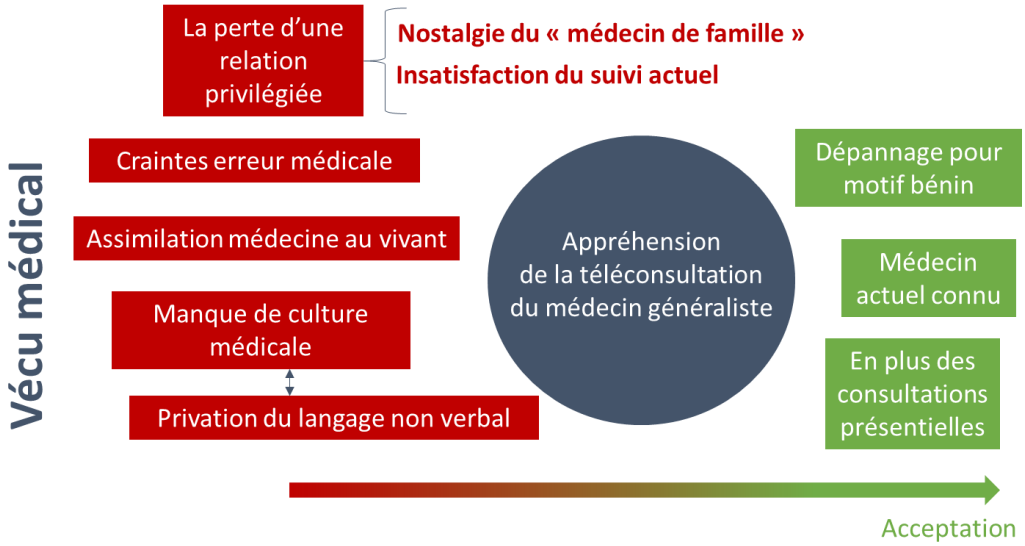


Figure 7 Influence du vécu médical sur l'appréhension vis à vis de la téléconsultation du médecin généraliste

Influence du vécu rural

Un abandon supplémentaire

La téléconsultation raisonnait avec l'absence physique du médecin dans le milieu rural vécue comme l'**abandon** d'un service essentiel :

- *Pfff déjà que les campagnes c'est vide, bien qu'il y ait beaucoup de parisiens. Je trouve ça un peu dommage, on va être laissé pour compte (E1)*
- *Disons qu'on n'est pas prioritaire dans le sens ou on n'a pas non plus une grosse usine dans la commune (E2)*
- *C'est vrai qu'ici à la campagne on est un peu délaissé, mais ce n'est pas que pour la médecine … […] il y a certains endroits, pour moi c'est complètement délaissé... (E4)*
- *Regardez tous les commerces qu'il y avait dans les petites communes et ceux `qu'il y a encore maintenant !! (E8)*

Le vécu de cet abandon différait en fonction de l'**investissement local** parmi les personnes ancrées territorialement. Être retraité et moins actif localement amenait un sentiment de **fatalité** face à ces abandons successifs : *Vous n'avez pas l'impression d'être abandonné en campagne particulièrement ? Ah non pas spécialement, non non parce que c'est la conjoncture qui le veut ! (E7)*

A l'inverse, le fait d'être actif avec de nombreuses relations et engagé localement contribuait à une volonté de trouver des solutions :

- *Il faut **trouver une solution** […] il faut faire travailler nos commerçants […] Il y a la pharmacienne qui vient de s'installer, elle est jeune, il faut l'encourager et la faire travailler sinon on n'aura plus de pharmacie (E1, exploitante agricole en activité)*
- *Pour ça il faut avoir des professionnels qui sont motivés et de « lancer le pari », et de se dire « je m'installe j'ouvre un restaurant, j'ouvre un bar, j'ouvre un cabinet médical dans ce petit village et on verra bien ». Plus il y a de services, plus il y a de gens qui viennent dans ce village là et le village s'agrandit (E2, électromécanicien et conseiller municipal)*

La différenciation ville-campagne

Les entretiens révélaient une distinction importante entre vie rurale et vie urbaine. Le sentiment d'abandon décrit précédemment s'inscrivait dans une logique de comparaison avec la ville bénéficiant de services en nombre. Dans d'autres thématiques, la ville incarnait des défauts parfois fuis par des enquêtés (Tableau 5).

Tableau 5 Vécu en ville différent de la campagne

Vécu en ville	Verbatims phares
Stress	*Oui, parce que ma femme et moi on a travaillé pendant 42 ans en région parisienne et Paris, c'est pour ça que j'ai de la tension d'ailleurs […] un milieu très speed et c'est vrai que depuis on est très bien ici (E4)*
Immédiateté	*Le seul truc qui me manque, c'est effectivement, consulter un ostéo, consulter enfin voilà, tout ça rapidement quoi (E9)*
Anonymisation	*À Paris au moins, en termes de confidentialité, on est tranquille puisque personne ne se connaît...C'est parfait...Ici, bon, il y a un peu de jugement, il y a des jugements moraux aussi, attention !! (E9)*
Amélioration économique	*Je travaillais juste à côté de chez moi je gagnais 850 euros par mois, et en ville pour le même travail je gagne 1400 euros (E3f)*
Socialisation	*En étant célibataire, c'est plus compliqué de rencontrer des gens (E9)*
Accès à la culture	*Je ne vais plus au théâtre mais je pense au niveau culturel aussi... ils font des progrès mais pour aller au théâtre il faut aller a [grande ville] (E4)*

Cette comparaison était permise par un vécu en ville dans le passé (E4, E9) ou le fait de travailler actuellement en ville (E6f). Ce n'était pas possible pour l'ensemble des enquêtés. Certains ne connaissaient pas ou n'étaient pas intéressés par les conditions de vie en ville :

- *En ville je ne sais pas trop comment ça se passe, je ne me suis jamais informé la dessus parce que je n'ai pas le temps, ça ne m'est pas venu à l'idée .. (E1)*
- *Ils étaient en ville en plus, ils se mettent dans un truc où on va pas aller les voir .. ils sont dans un cul de sac ... (E5)*

La différenciation ville-campagne n'apparaît pas comme un déterminant majeur de l'appréhension de la téléconsultation mais introduit l'idée d'**enjeux sanitaires différents** entre populations urbaine et rurale. Par exemple, le vécu de la crise sanitaire a été révélateur de cette différence :

- *Mon mari est transporteur en bestiaux moi aussi je fais du transport de bêtes pour mon mari, notre salarié c'est pareil : personne ne met le masque … et dans les campagnes personne ne met le masque […] nous on n'a pas été confinés on a continué nos activités ça n'a pas été un confinement comme pour certaines personnes, on a pu sortir tous les jours ... (E1)*
- *C'est une bonne question ! je ne suis pas certain qu'en ville ils soignent mieux… Ils ont d'autres problèmes en ville (E8)*

Il n'a pas été retrouvé cependant que la téléconsultation soit jugée plus appropriée en ville qu'à la campagne.

La contrainte de la vie rurale

Au-delà du sentiment d'abandon qui influe sur l'appréhension de la téléconsultation, la contrainte de vivre en milieu rural notamment sur le plan économique ajoute de la réticence quant à l'idée d'une téléconsultation du médecin généraliste. Celle-ci est d'autant plus acceptée s'il y a eu un choix de vivre en milieu rural et si des **alternatives** notamment de déménagement pour améliorer son suivi médical sont possibles. Ce constat est révélé par la différence de parcours entre les enquêtés E3f et E4.

L'enquêté E4 a décidé avec sa femme de passer sa retraite à la campagne pour gagner en qualité de vie après avoir vécu en région parisienne qualifié de « milieu très speed ». A l'évocation de l'idée de téléconsultation du médecin généraliste, les craintes sont peu présentes non pas à cause d'une acceptation de ce mode de consultation mais par les **stratégies d'évitement** qu'il pourra mettre en place. Dans son cas, il prévoit un déménagement si besoin de consulter régulièrement pour éviter d'avoir affaire à la téléconsultation : *Mais on s'aperçoit que par la suite malheureusement, on n'envisage pas de revenir sur Paris ou la région parisienne hors de question, mais peut être de se rapprocher d'une grande ville... (E4).*

Ce déménagement n'était pas envisagé dans l'immédiat car le besoin de consulter régulièrement un médecin n'était pas présent et que l'avènement de la téléconsultation n'était pas jugé comme imminent : *Je pense que ce sera de plus en plus présent… moi je ne connaîtrai peut-être pas parce qu'à un moment donné je serai plus là (E4).*

L'enquêté E3f a été dans l'obligation de retourner vivre à la campagne suite à un divorce et des contraintes économiques ne lui permettant pas de continuer à vivre en ville : *on a tous envie d'aller vivre dans des grandes métropoles [...] on a divorcé et je suis revenu vivre chez ma mère le temps de trouver un logement (E3f).*

L'arrivée de la téléconsultation est alors perçue comme le risque de majorer un isolement déjà important et qui n'a pas été consenti : *il y a des personnes qui sortent peu... et c'est idiot mais ça fait une sortie […] ils vont quand même faire l'effort de s'habiller, je pense que ça fait du bien au mental (E3f).*

Modélisation

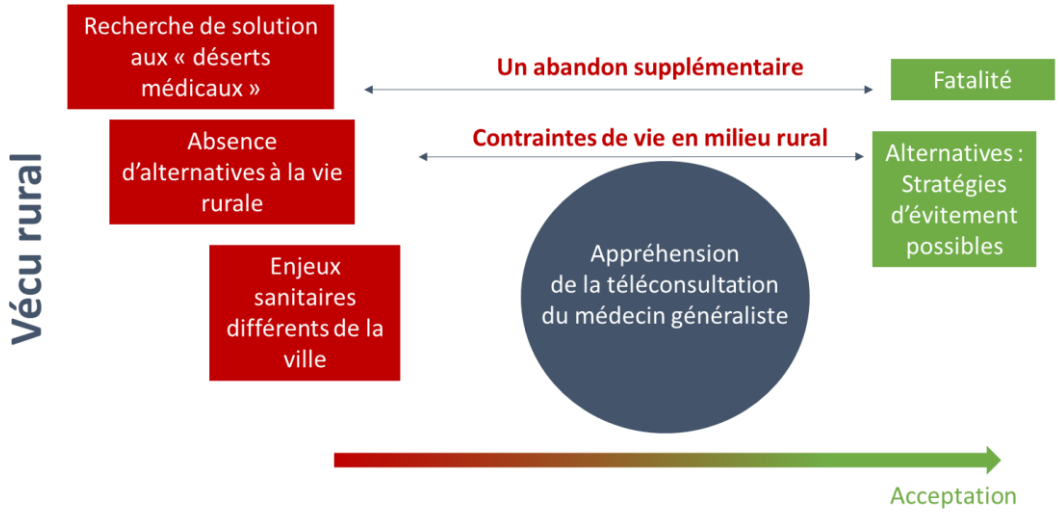


Figure 8 influence du vécu rural sur l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste

Influence de l'inclusion numérique

Des barrières à l'usage des TIC

La majorité des enquêtés souffraient de **barrières techniques** à l'usage des TIC dessinant les contours des premier et deuxième degrés de la fracture numérique précédemment exposée à savoir le manque d'accès aux TIC et un manque de compétence numérique selon 3 niveaux (Tableau 6)

Tableau 6 Barrières à l'utilisation des TIC

Barrières à l'utilisation des TIC	Verbatims phares
Accès au numérique	*J'avais un téléphone, j'ai plus je m'en suis séparé .. Pourquoi ? Parce qu'on ne capte pas à l'usine on fait que de ramer... (E5) je sais que chez mon frère par exemple, qui vit dans une ferme, il n'y a pas moyen de faire une vidéo Internet. Le débit est beaucoup trop bas, la 4G ne passe pas, c'est un enfer...(E9)*
Compétence instrumentale	*Je sais que je suis en train de me limiter au plus simple (E5)* *On n'a pas été à l'école avec hein... on se débrouille tout seul (E8)*
Compétence informationnelle	*Dans votre ordinateur vous avez des trucs sérieux, vous avez des pubs qui passent partout. Donc tout se mélange et en fin de compte ça devient un sac de nœuds (E5)*
Compétence stratégique	*Mais [logiciel prise rdv en ligne], c'est ma femme qui a pris RDV pour se faire vacciner parce que tout ça, moi ça me barbe un peu, comme tout ce qui est banque, assurance ...(E4)*

Dans ce domaine, l'**effet générationnel et socioéducatif** était notable.

L'usage des TIC était aisé chez les enquêtés les plus jeunes notamment ceux qui les utilisaient dans le cadre professionnel. Dans le domaine de la santé, la prise de rendez-vous en ligne était révélatrice de ces facilités d'usage différentes entre les générations : *pour ma génération ça ne pose pas trop de problème mais pour mes parents par exemple qui ont le même médecin traitant que moi, bah c'est à moi de prendre le rdv sur internet ils sont beaucoup moins à l'aise avec internet sur XXX (E2).*

Certains enquêtés plus âgés ne se sentaient pas concernés :

- *Je trouve que pour les jeunes c'est très bien (E7)*
- *Bah les jeunes ça marche avec le portable et tout, c'est sûr que ça va marcher ... (E5)*
- *je pense, moi je ne connaîtrai peut-être pas parce que un moment donné je serai plus là (E4)*

Un entourage aidant permettait ainsi de réduire les craintes quant à l'utilisation des TIC et donc d'un éventuel usage de la téléconsultation : *Donc comment vous faites, car il y a des choses que vous êtes obligé de faire comme la déclaration d'impôt ... ? C'est mes filles ! (E7)*

Au-delà de l'aspect générationnel, un contexte socio-éducatif favorable permettait d'envisager un apprentissage de la téléconsultation. Malgré un faible niveau d'études, l'enquêté E6, 86 ans, montrait par ses loisirs une certaine curiosité pour les innovations et une capacité à se les approprier en autonomie : *je me suis dit ce n'est pas possible et puis à force de lire je suis arrivé à la ligne qu'il fallait ... (E6).*

D'autres enquêtés décrivaient une **ouverture à la formation** pour s'approprier l'outil de la téléconsultation :

- *En fait je ne sais pas du tout comment ça fonctionne donc quand moi je ne sais pas ça me fait peur, faut d'abord qu'on me montre et après, oui ! (E3m)*
- *Et si vous aviez une formation vous seriez prête à la faire ? Oui moi je serais prête... bah c'est bien parce que les enfants on ne peut pas leur demander et ils nous disent oui oui oui et puis si on ne le fait pas tout de suite on ne se rappelle plus (E8)*

Un usage orienté des TIC

Les TIC étaient utilisées différemment selon les barrières rencontrées à leur usage. Une partie des enquêtés les utilisaient pour des **domaines ciblés** tels que les loisirs ou l'information :

- *Le [site de vente en ligne de biens d'occasion] l'actualité [réseau social] enfin bon et des fois des photos (E8)*
- *Pour moi, des commandes, des trucs comme ça... Aussi pour des numéros de téléphone et tout ça c'est bien pratique aussi ! (E7)*

Malgré cette utilisation, certains enquêtés n'accédaient pas à un niveau plus **complexe** et moins attrayant de l'usage des TIC comme les démarches administratives

- *Donc comment vous faites, car il y a des choses que vous êtes obligé de faire comme la déclaration d'impôt ... ? C'est mes filles ! (E7)*
- *J'aime bien l'histoire de temps en temps je suis sur internet pour l'histoire, tout ce qui est 2e guerre mondiale. Mais [logiciel prise rdv en ligne], c'est ma femme qui a pris RDV pour se faire vacciner parce que tout ça, moi ça me barbe un peu, comme tout ce qui est banque, assurance ...(E4)*

Ce dernier verbatim de l'enquêté E4 révèle aussi que l'usage des TIC dans le domaine de la santé peut être jugé complexe. Cet usage peut aussi être considéré comme dangereux selon certaines représentations : *voir une maladie ou des trucs comme ça mais on nous dit faut pas trop regarder tout ça ... (E8).*

Au-delà de la complexité, il existe chez certains une volonté de rester **indépendants** des TIC pour garder une forme de liberté. Ainsi l'enquêté E2 qui ne souffre d'aucune difficulté d'usage déclarait : *quand on perd son smartphone, on n'a plus internet, plus la map pour me déplacer, les photos …les réflexes qu'on a avec le portable, du coup si on ne les a plus voilà.*

Moi j'aime bien rester un peu indépendant, je ne suis pas non plus un ermite mais au cas ou si ça ne marche pas, est ce qu'il y a une alternative ? (E2)

Cette volonté d'indépendance se traduit par un **refus du « tout numérique »** et un appel à la réflexion avant toute transition numérique : *Il faut garder le rapport humain, ne serait-ce pour pouvoir avancer dans les technologies aussi, avoir une réflexion (E2).*

Se dessine ici une fracture numérique dite de troisième degré allant au-delà de l'accès et des compétences d'usages des TIC car traitant de leur utilisation pour la vie en société.

L'appel à la réflexion de l'enquêté E2 fait écho à la passivité des enquêtés face à l'avancée inexorable du progrès technique.

L'obligation au progrès

Les différentes transitions numériques dont fait partie la téléconsultation sont perçues comme des marques d'un progrès qui se doit d'être suivi. L'absence de choix est retrouvée dans les discours des enquêtés à l'évocation des processus de numérisation :

- *Bah oui ! je voudrais m'en séparer, mais je vois bien qu'on est obligé de l'avoir (E5)*
- *Faudrait avoir la possibilité internet oui… ou que ce ne soit pas indirectement obligé quoi ! parce que là on est obligé d'avoir son smartphone dans sa poche tout le temps ...(E6)*
- *Il ne faut pas être contre ... (E4)*
- *Bah enfin qu'on veuille ou qu'on ne veuille pas faudra bien suivre ! (E8)*

L'absence de choix est justifiée par la peur de se mettre **en marge de la société** : *Ce serait un peu une obligation de suivre ce mouvement-là ? Oui parce qu'autrement on va être rayé de la page bientôt !! (E8)*

Le sentiment de contrainte est important et hormis l'appel à la réflexion, **aucune forme de protestation** auprès des institutions n'est envisagée :

- *Bah non on se ferait engueuler (E3m)*
- *Je ne sais ~~s~~pas nous on ne nous demandera pas notre avis (E8)*
- *L'administration c'est quelque chose de très compliqué, et pour revendiquer quelque chose faut être motivé ~~motive~~ et surtout nombreux pour protester. (E2)*

Ce dernier verbatim fait écho avec le sentiment de décrédibilisation qu'il ressent notamment vis-à-vis du mouvement des « gilets jaunes » : *C'est passé pour un mouvement de cas social…à force de tout casser on n'aura plus rien (E2).*

Cette contrainte est d'autant moins acceptable si des craintes persistent concernant la sécurisation de l'outil numérique dans la téléconsultation.

Un sentiment d'insécurité numérique

La crainte liée à la **non sécurisation des données** lors d'une téléconsultation était présente chez quelques enquêtés pour des raisons différentes :

- *Ça va arriver bientôt mais après c'est divulgué à tout le monde, ça ne reste pas dans le secret... (E5)*
- *Que ce soit vu par d'autres personnes, ce n'est pas clos, les images peuvent être enregistrées (E6f)*
- *Le problème de la vidéo, c'est qu'on ne sait pas qui enregistre derrière ou qui il y a derrière, forcément. (E9)*

Les enquêtés E3f et E5 semblaient sensibilisés à cette problématique. L'enquêté E9 avait déjà expérimenté un manque de sécurisation des données lors d'une téléconsultation avec un autre professionnel de santé : *Je vais vous raconter avec mon [professionnel de santé], on passait par [messageries instantanées en ligne]. Et il a remarqué que certaines conversations... il recevait des pubs qui étaient liées à ce qui se disait dans la conversation. Donc il a tout de suite arrêté ça et maintenant on passe par une plateforme[...] Et en fait, ça me rassure beaucoup plus. Je me dis que c'est crypté (E9).*

La téléconsultation était aussi assimilée à l'utilisation de la vidéo dans des sites de rencontre. Cette assimilation amplifiait la crainte concernant la sécurisation des données et le changement relationnel avec le médecin :

- *Je ne me vois pas montrer ma fesse à la caméra, ce serait un peu particulier (E3f)*
- *A des rencontres par vidéo, des choses comme ça mais enfin, je ne fais pas de lien mais genre surtout si c'est des parties intimes, je m'imagine mal, montrer ça devant la vidéo (E9)*

Illustration d'une faible inclusion numérique

L'enquêté E5 cumulait les différents obstacles à l'utilisation des TIC contribuant ainsi à une faible inclusion numérique (Tableau 7).

Tableau 7 La faible inclusion numérique de l'enquêté E5

Marqueurs d'une faible inclusion numérique	Verbatims
Barrières à l'utilisation des TIC : - Accès - Compétence instrumentale - Compétence informationnelle - Compétence stratégique	*Je sais que je suis en train de me limiter au plus simple* *Ça change sans arrêt donc des fois vous ne savez plus où vous en êtes*

	J'avais un téléphone, j'ai plus je m'en suis séparé... Pourquoi ? Parce qu'on ne capte pas à l'usine on fait que de ramer... *Donc tout se mélange et en fin de compte ça devient un sac de nœuds* *Tout est par internet sauf que c'est des codes des codes des codes et moi dans ma tête ça marche à l'envers.*
Absence d'entourage aidant	*Bah j'ai ma sœur pi mon beau-frère qui sont « secrétariat » tout ça ...*
Absence de volonté de formation	*J'étais un certain temps au chômage avec des formations et tout... quand on y est tous les jours ça va, ceux qui font les logiciels ils y sont tous les jours […] parce que pendant que vous faites ça vous ne faites pas autre chose c'est une perte de temps*
Génération non concernée	*Bah les jeunes ça marche avec le portable et tout, c'est sûr que ça va marcher ...*
Volonté d'indépendance des TIC	*Bah on est dérangé sans arrêt, ça n'arrête pas ... C'est gênant ? ça empiète sur votre quotidien.*
Sentiment d'insécurité numérique	*C'est divulgué à tout le monde, ça ne reste pas dans le secret...*

La crainte d'être en marge de la société n'était également pas retrouvée chez cette personne. Cette faible inclusion numérique venait s'ajouter à une nostalgie importante du « médecin de famille » et une insatisfaction du suivi médical actuel :

- *De quoi auriez-vous besoin à proximité de chez vous pour vous assurer une bonne santé ? Un médecin de base généraliste comme dans les années soixante.*
- *Oui, je me suis heurté [à un mur], elle ne m'a même pas consulté…J'ai payé une prestation, elle m'aurait pris encore la tension ..rien !*

L'inacceptation de la téléconsultation était par conséquent marquée : *Les personnes ils se voient mais ça fait un peu comme une téléconférence, ça fait comme un match de ping pong, ça fait « tounk tounk tounk.. » il y a quelque chose qui ne va pas … […] je veux dire, il faut quand même du relationnel.*

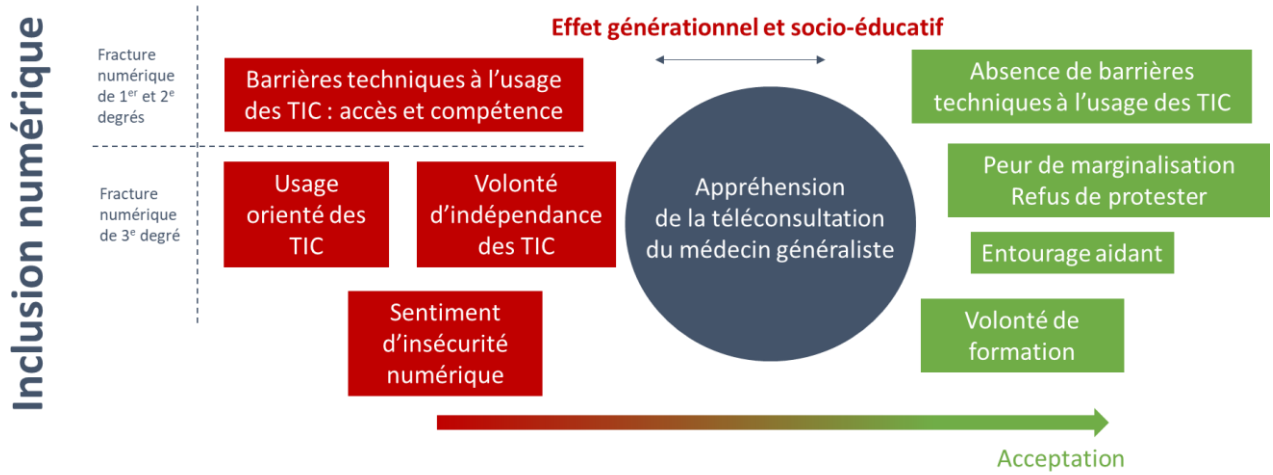


Figure 9 Influence de l'inclusion numérique sur l'appréhension à la téléconsultation du médecin généraliste

Modèle explicatif

Trois champs d'influence de l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste ont été mis en évidence : le vécu médical, le vécu territorial et l'inclusion numérique. Ils semblent les plus pertinents pour mener à bien une réflexion avant de proposer à ces populations ce nouveau mode de consultation.

Les enquêtés ont également été interrogés sur leurs connaissances de la téléconsultation. Comme il a été retrouvé dans la littérature, cette connaissance peut être erronée ou imprécise. Pour certains la téléconsultation était par téléphone et non en visio. C'est le cas de l'enquêtée E8 dont le mari avait eu une expérience de consultation avec son cardiologue par téléphone : *Et est-ce que le téléphone, c'est la seule façon de faire la téléconsultation ou est-ce que vous avez vu d'autres façons de faire ? peut-être dans les media ou d'autres gens qui vous en on parle ? Non. Parce que pour vous la TCS c'est par téléphone ? Oui (E8).*

Cependant, avec le déploiement de la téléconsultation dans le contexte sanitaire, la majorité des enquêtés en avait entendu via les médias :

- *J'ai vu sur [journal quotidien régional] des articles (E5)*
- *J'ai vu à la télévision quand ils ont expliqué (E4)*
- *A la télé (E7)*

Quand bien même les connaissances de la téléconsultation sont partielles ou erronées, l'idée d'une consultation d'un médecin à distance était comprise par tous. Le niveau de connaissance de la téléconsultation n'influençait donc pas l'appréhension de la téléconsultation.

Les trois champs d'influence peuvent être regroupés dans un seul et même schéma explicatif pour révéler les points de vigilance à avoir dans le cadre d'une réflexion préalable à la proposition de la téléconsultation du médecin généraliste (Figure 10). Sur ce schéma, plus le facteur d'influence est écrit en gros caractère plus il est à prendre en compte. Par exemple, le sentiment d'insécurité numérique était peu présent alors que la nostalgie du médecin de famille et la perte de relation privilégiée nouée avec lui étaient prégnantes.

Les trois champs identifiés que sont le vécu rural, l'inclusion numérique et le vécu médical n'ont pas été représentés car il n'existe pas de frontières nettes entre ceux-ci. Ainsi, le manque de culture médicale pour exprimer ses symptômes au médecin peut être lié à un usage orienté des TIC comme il a été constaté chez l'enquêté E2.

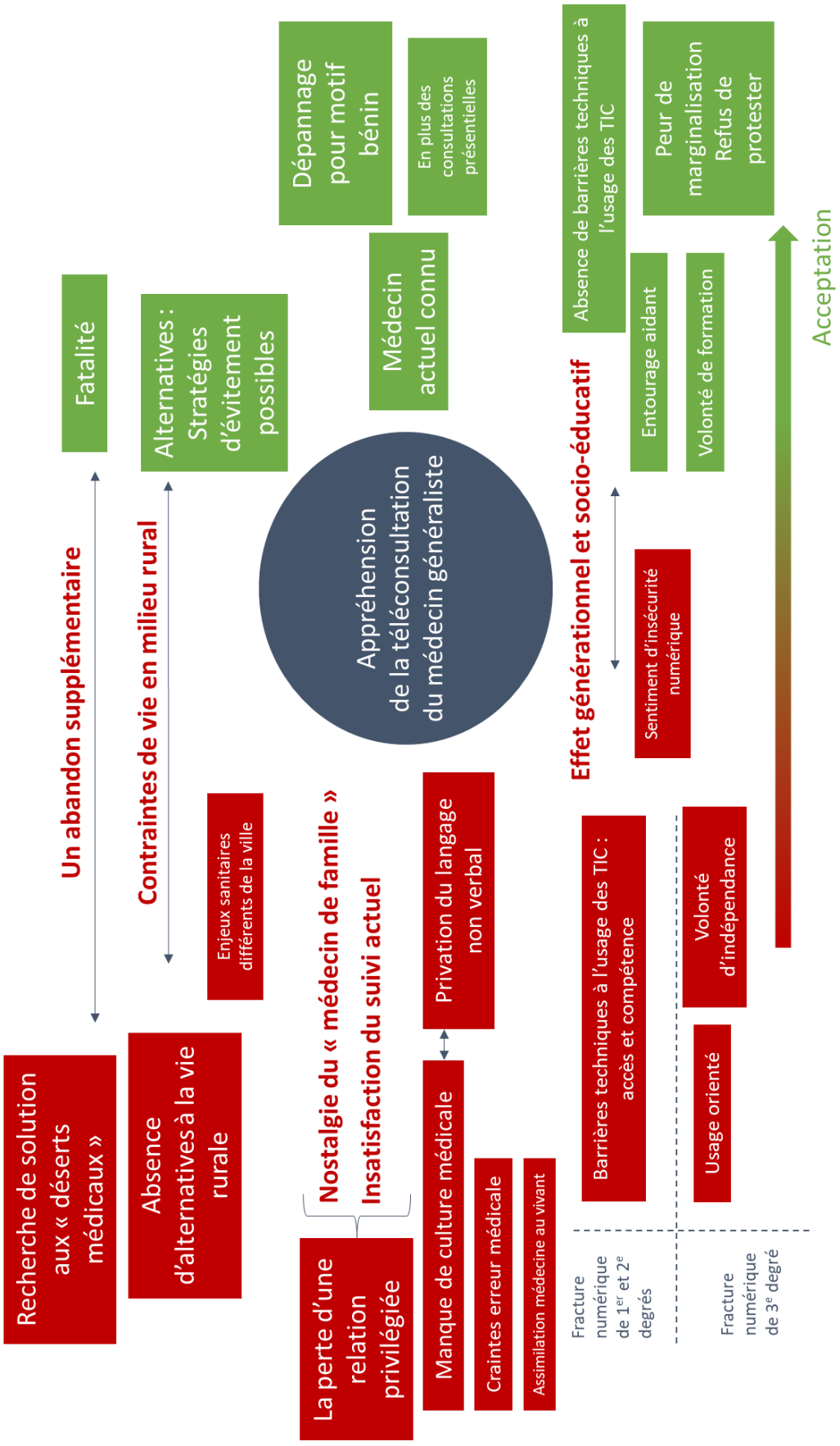


Figure 10 Schéma explicatif des facteurs influençant l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste dans les populations rurales

Discussion

Forces et limites

L'intérêt de l'approche sociotechnique

La force principale de ce travail est d'avoir utilisé une approche initialement développée en sociologie du travail pour évaluer l'effet de l'arrivée d'une nouvelle technologie sur un corps social.

Cette approche sociotechnique avait déjà été utilisée par Alexandre Mathieu-Fritz pour identifier à une échelle méso-sociale les bouleversements que la téléconsultation pouvait engendrer au sein des organisations de soins (30). Son travail s'intéressait aux professionnels de santé. D'autres travaux ont étudié l'effet de la téléconsultation sur la pratique des médecins généralistes.

Ici la réflexion est centrée sur une population. L'approche centrée « patient » se développe en soins primaires depuis plusieurs années. Connaître les spécificités d'une population donnée permet d'aider à cette approche. Peu d'études ont centré leur réflexion sur la population rurale au sujet du déploiement de la téléconsultation. Ce travail apporte une aide à la réflexion centrée sur des spécificités d'une population qui présente des vulnérabilités que ce soit sur leur accès aux soins ou au numérique.

A côté de l'approche sociotechnique, l'utilisation de la sociologie du risque a permis d'orienter notre recherche vers les modes d'appropriation éventuelle d'une nouvelle technique. Ainsi, par la mesure de l'appréhension, sont évalués des processus socio-cognitifs actifs qui permettent de prédire l'acceptation d'une nouvelle technique.

Au-delà du champ de la recherche, ces deux approches (approche sociotechnique et sociologie du risque) peuvent aussi être utilisées dans l'organisation des soins, sur le terrain, pour adapter les propositions de soin aux patients.

Un recrutement sur le terrain

L'utilisation du Médicobus pour recruter les participants à cette étude a permis d'être au plus proche des réalités vécues localement dans un des territoires les plus fragilisés en France en ce qui concerne l'accès aux soins.

Les participants ont été recrutés pour étudier un maximum de profils. Une catégorie n'était cependant pas représentée, il s'agit des néo-ruraux actifs. L'enquêté 4 était jeune retraité et les enquêté 3f et 8 avaient grandi dans le monde rural avant d'y retourner après avoir vécu

en milieu urbain. Il aurait été intéressant d'interroger des néoruraux actifs venus s'installer par choix en milieu rural pour y bénéficier à la fois du cadre de vie tout en assurant leur activité via le télétravail par exemple. Leur regard aurait pu permettre d'établir des différences avec les autres enquêtés. Cette population bénéficiant des effets de la métropolisation serait moins concernée par les points de vigilance à avoir dans le déploiement de la téléconsultation dans ces territoires.

Des points de vigilance à prendre en compte…

Le modèle explicatif détaillant les facteurs qui influencent l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste permet d'identifier des points de vigilance à prendre en compte. La réflexion à avoir concernant le déploiement de la téléconsultation dans ces populations ne peut se passer d'une compréhension de spécificités rurales. Des hypothèses avaient été soulevées au début de ce travail qu'il convient de discuter à la lumière des résultats.

Un attachement au médecin de famille

La perte de la relation privilégiée nouée avec le médecin de famille était très prégnante. La nostalgie du médecin de famille peut s'ancrer dans un contexte de fragmentation de la médecine et d'une hyperspécialisation avec la perte de ce que certains philosophes de la médecine appellent l'appréhension de la totalité du patient (65). Ainsi, guérisseurs et médecins de famille auraient la connaissance du patient dans son environnement familial. Cette « totalité » environnementale regrettée intervient avec force dans l'appréhension de la téléconsultation car ce mode de consultation symboliserait la mise à distance supplémentaire du médecin traitant qui auparavant était ancré territorialement. En France, le médecin de famille est un personnage disparu du champ médical mais reste très présent dans les représentations des usagers du système de soins. C'est d'autant plus vrai dans le milieu rural où le temps du médecin de proximité, nouant une relation intime avec les familles qu'il suit, n'est pas si ancien. Ainsi, une étude confirme que le rôle du médecin de famille est particulièrement important dans les milieux ruraux et ce d'autant plus dans les classes les plus populaires (66). Dans cette étude, des mères de famille étaient interrogées sur leur représentation du médecin de famille. Le statut de médecin de famille était préservé, selon les enquêtées, dans un contexte pluriprofessionnel où le médecin traitant restait au centre d'une communauté médicale et paramédicale plus large. Cette idée de médecin qui connaît de façon profonde une famille s'imposait dans les milieux modestes. Pour les milieux moyens et favorisés, le rôle du médecin généraliste n'était pas considéré comme central et intervenait dans le cadre d'une relation individualisée et non familiale avec le patient. Les populations rurales et surtout hyper-rurales étant plus modestes, leur attachement au médecin de famille reste d'actualité. Dans ce contexte, la téléconsultation

pourrait résonner comme une nouvelle atteinte à cet idéal de médecin : un accompagnement individualisé, moins familial, non ancré territorialement et probablement instable c'est-à-dire assuré successivement par différents médecins et donc ne pouvant être perçu comme central dans la coordination des soins.

La nostalgie du médecin de famille se couple avec le regret de voir plusieurs services jugés essentiels quitter les zones rurales.

Un mécontentement croissant des territoires relégués

Dans ce travail, les enquêtés ont assimilé la téléconsultation non pas comme une main tendue des politiques de santé mais comme un nouvel abandon. « Nouvel abandon » car les populations en zones rurales fragiles ressentent plusieurs abandons qui se succèdent : perte d'emploi, disparition des services publics et des commerces de proximité et surtout délitement du lien social. Ce constat est établi par des économistes dans une note adressée au Conseil d'analyse économique (67). Parmi les déterminants du mécontentement des territoires dits « relégués », au-delà des mauvais marqueurs économiques comme le chômage, c'est surtout l'éloignement des lieux de socialisation qu'il faut prendre en compte. Ainsi, la perte des commerces, des lieux de culture, des écoles et des équipements de santé sont les déterminants qui participent le plus au mal-être de ces territoires qui ont vu germer en France le mouvement des « Gilets jaunes ». Le cabinet de médecine générale de proximité est aussi un lieu de socialisation. Selon les enquêtés, ce lieu risquerait de disparaître avec la téléconsultation. Ne pas prendre en compte ce que symbolise la téléconsultation pourrait aggraver le sentiment d'abandon et le mécontentement qui en découle. Celui-ci fut notable chez plusieurs participants à ce travail notamment chez ceux pour qui le vécu en zone rurale était contraint pour des raisons économiques ou sociales. La téléconsultation serait ainsi un nouveau marqueur de relégation engendrant des difficultés à se l'approprier.

Cette appropriation peut également être mise à mal par la relation au numérique qui existe dans ces zones rurales.

Une fracture numérique autant sociale que technique

Une fracture numérique est connue dans les sociétés post-industrielles. Les différents degrés de cette fracture ont été retrouvés dans ce travail. La question de l'accès à une connexion de qualité reste d'actualité dans les territoires ruraux. Cependant, l'accès est loin d'être le frein principal à l'utilisation du numérique pour la santé. Les compétences numériques sont manquantes chez certains participants faisant craindre des difficultés d'utilisation de la téléconsultation. Les milieux ruraux étant plus modestes avec des populations plus âgées, les compétences numériques y sont plus fragiles et donc à considérer dans le déploiement de la

téléconsultation. Accès et compétences peuvent cependant être améliorés par les aides matérielles et humaines. Mais limiter la réflexion au simple usage de la téléconsultation serait réduire la problématique de fracture numérique à sa dimension technique en oubliant sa dimension sociale.

Selon Philippe Mallein, sociologue de l'usage, « l'utilité précède l'usage » (68). La sociologie de l'usage étudie les significations d'usage données par un utilisateur à un nouvel objet communicant. Si ces significations sont négatives, le nouvel objet n'est pas accepté. Dans ce travail, la téléconsultation revêtait chez les enquêtés des significations d'usage faibles. Elle était considérée comme un outil intéressant pour quelques motifs de consultations mais surtout envisagée comme un pis-aller. Une utilité jugée faible préfigure donc un usage limité. La signification d'usage est retrouvée dans le schéma explicatif de la fracture numérique de Van Djik. Avant même qu'il y ait usage d'une TIC, il faut qu'il y ait une motivation à l'usage (Figure 6). La signification d'usage pourrait cependant passer du négatif au positif si les utilisateurs en faisaient l'expérience.

Cependant les enquêtés ont été interrogés dans un contexte sanitaire ayant favorisé le déploiement de la visio dans les cercles professionnels et personnels. Plusieurs d'entre eux avaient expérimenté la visio. Malgré cette familiarisation, certains ont exprimé un refus du « tout numérique ». Ce refus est lié à une volonté d'indépendance en réaction à ce qui pourrait être qualifié d' « envahissement des TIC ». Les TIC déposséderaient l'homme de sa liberté et « dicteraient une temporalité et une spatialité spécifiques, auxquelles les individus seraient obligés de s'adapter » (69). Cet envahissement est d'autant plus mal vécu quand il concerne le cercle de vie personnelle. Ainsi, certains enquêtés préféraient limiter leur usage d'internet à certains champs. En ce qui concerne le suivi médical, la prise de rendez-vous par internet pouvait être accepté mais la téléconsultation rejetée par exemple. La volonté d'indépendance vis-à-vis des TIC ne semble cependant pas une spécificité rurale. Le refus d' « envahissement des TIC » peut concerner tous milieux. Ce qui peut poser problème dans le cas des populations rurales seraient l'absence d'alternative à la téléconsultation (cf infra).

Le manque de sécurisation des données n'était pas une crainte importante chez les enquêtés. Le manque d'expérience concernant ce risque peut l'expliquer. Un seul enquêté (E8) avait été alerté par un professionnel de santé suite à une visio sur un logiciel non sécurisé. Ce constat renforce l'idée d'une attention particulière à avoir quant à la sensibilisation à cette question dans ces populations encore peu informées sur ce sujet.

Un outil de communication et non de relation

Les enquêtés ont exprimé des craintes quant à la relation soignant-soigné au décours d'une téléconsultation. La privation de la communication non verbale affecterait particulièrement l'exposé des symptômes et renforcerait la crainte de l'erreur médicale. Il existe probablement ici aussi un effet socio-éducatif, certains patients bénéficiant d'une culture médicale insuffisante pour communiquer au mieux leurs plaintes. Ainsi, la téléconsultation deviendrait en quelques sortes une épreuve de communication à laquelle certains seraient

plus doués que d'autres. Mais la crainte d'une relation « déshumanisée » relatée à plusieurs reprises dans ce travail et dans des thèses déjà citées sur la téléconsultation ne concerne pas que le champ biomédical. Les champs psychologique et social sont plus facilement explorés en présentiel dans les « à côtés » du motif de consultation : le silence de l'examen physique, le temps ou le patient se rhabille… La relation « déshumanisée » sous-entend l'absence de prise en charge globale du patient. La téléconsultation serait lieu d'une communication entre un patient et son médecin autour d'un problème. La consultation serait le lieu d'une rencontre entre deux personnes, rencontre ouverte à des échanges multiples qui construisent une relation. Le médecin se trouve dans ce cas armé de sa perception globale pour mener à bien son analyse. Le collège de la médecine générale recommande dans ce sens de laisser à la téléconsultation une juste place dans la proposition de soins en veillant à conserver cette perception globale du patient (70). Cette juste place correspond aux recommandations de la World Medical Association (WMA) : consulter le médecin en face à face doit rester la norme.

… pour éviter une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins

Les points de vigilance soulevés aident à mener une réflexion éthique sur le risque réel d'inégalité d'accès aux soins que la téléconsultation pose. Si le choix du patient à utiliser la téléconsultation n'est pas respecté et que le progrès technique exclut une partie des patients, une frange de la population pourrait se voir proposer des soins non choisis et inappropriés à leurs attentes. Se dessinerait alors une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins : la téléconsultation serait utile et acceptable pour des populations ayant un accès aux soins satisfaisants alors qu'elle serait imposée et inappropriée pour d'autres populations déjà fragilisées.

Préserver le choix du patient

Sur le schéma explicatif des résultats de ce travail, les marqueurs d'acceptation ne semblent pas associés à une réelle adhésion des patients. La téléconsultation était plus acceptée par certains pouvant trouver des alternatives. D'autres l'acceptaient dans une logique d'obligation au progrès doublée d'une peur de marginalisation. Cela rappelle qu'acceptation ne veut pas forcément dire adhésion. Peut-être que les motifs de téléconsultation envisagés pourront être satisfaits par ce nouveau mode de consultation mais il semble indispensable que le patient garde le choix de pouvoir consulter le médecin en présentiel. Les pouvoirs publics doivent prendre en compte cette liberté de choix sans attendre que ces populations se rappellent à eux. Le refus de protester était notable chez les enquêtés mais le mouvement des « Gilets jaunes » a montré que l'oubli du mal-être de cette frange de population risque d'aggraver les sentiments d'abandon et de mécontentement. Selon un rapport récent d'un député, l' objectif d'« équité territoriale » ne peut être atteint qu'avec

une logique ascendante (71). Cette logique consisterait à privilégier les projets et la responsabilisation des acteurs locaux. La demande de labels comme le programme « petites villes de demain » par les acteurs locaux serait ainsi plus efficient que le zonage des territoires répondant à certains critères économiques. Pour l'organisation territoriale des soins qui utilise également le zonage, ce type de modèle peut être inspirant. Ce travail a eu l'avantage d'interroger les patients, ils font partie des acteurs locaux à consulter aux côtés des élus et des professionnels de santé pour mener à bien l'organisation territoriale des soins.

Progrès technique doit être progrès social

Le modèle de fracture numérique que connaissent les pays « post industriels » se vérifie dans ce travail. La peur de marginalisation par la non utilisation des TIC est réelle et justifiée. Le défenseur des droits a émis des recommandations concernant la dématérialisation des services publics (72). La consultation du médecin généraliste semble être considérée comme un service essentiel par les enquêtés à l'instar des services publics. Ceux-ci doivent répondre à plusieurs critères pertinents à rappeler dans le déploiement de la téléconsultation :

- Adaptabilité
- Continuité
- Egalité d'accès.

Pour assurer ces fondamentaux, le défenseur des droits recommande d'accompagner la dématérialisation avec plusieurs mises en garde qui rappellent que le problème de fracture numérique ne peut être traité qu'avec une approche techniciste :

- Conserver toujours plusieurs modalités d'accès aux services publics
- Prendre en compte les difficultés pour les usagers
- Repérer et accompagner les personnes en difficulté avec le numérique
- Améliorer et simplifier les démarches dématérialisées pour les usagers
- Former les accompagnateurs
- Prendre en compte les publics spécifiques

Ce dernier point est particulièrement prégnant dans le cadre de ce travail. Des spécificités dans la population étudiée ont été révélées qu'il conviendra nécessairement de prendre en compte dans la proposition de la téléconsultation du médecin généraliste.

Ouverture

Ce travail a révélé des spécificités d'une population déjà fragilisée dans son accès aux soins. Des populations urbaines connaissent des situations similaires. Il conviendrait de réaliser une étude similaire pour établir l'existence ou non de point de vigilance similaires.

Le déploiement important de la téléconsultation intéresse les chercheurs en santé et notamment les chercheurs en soins primaires. Une étude d'acceptabilité de la téléconsultation par les médecins généralistes est en cours actuellement en France (projet PercéTéléMG). Une telle étude pourrait être menée avec une méthodologie similaire auprès des patients.

Conclusion

Les patients en zones rurales fragiles connaissent des difficultés grandissantes d'accès aux soins. Pour améliorer leur accès aux soins la téléconsultation leur est proposée mais elle pose question dans un contexte de fracture numérique. Ce travail a permis de révéler des points de vigilance à considérer dans le cadre du déploiement de la téléconsultation. Celle-ci s'inscrit dans un processus de nostalgie du « médecin de famille » et de perte de la relation privilégiée nouée avec lui. Elle symbolise aussi un abandon supplémentaire des services essentiels et risque d'augmenter le sentiment de relégation de ces territoires. Les problèmes d'accès et de compétences numériques ne sont pas les seuls à prendre en compte pour analyser la fracture numérique. Les significations d'usage des TIC sont également à considérer : en effet, une volonté d'indépendance vis-à-vis des TIC existe. Dans ce contexte, le déploiement de la téléconsultation ne peut avoir lieu sans, d'une part, la préservation du choix du patient d'y adhérer ou non et, d'autre part, la vérification du réel progrès social qu'elle apporte. Une réflexion éthique est donc à mener avant et pendant le déploiement de ce nouveau mode de consultation. En son absence, la téléconsultation du médecin généraliste risquerait d'être le lieu d'une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins.

Bibliographie

1. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts medicaux comment les definir? Comment les mesurer ? Doss DRESS. mai 2017;17:1-54.

2. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. question d'économie de la santé. nov 2011;n° 170:1-6.

3. DGOS. Territoire de vie-santé - zonage médecin [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin

4. Barlet M. N° 795 - L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. :8.

5. Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Launay L, Grosclaude P, Guittet L, et al. Construction d'un indice écologique de défavorisation à vocation européenne: The French EDI. 2009;49.

6. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12(1):18.

7. Daniels N. Equity of Access to Health Care: Some Conceptual and Ethical Issues. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1982;60(1):51.

8. Depraz S. Vers une définition internationale du rural en Europe ? Héritages et trajectoires rurales en Europe; 2007 et 7/09; Montpellier, France.

9. Bertrand A. Hyper-ruralité, un pacte national en 6 mesures et 4 recommandations pour « restaurer l'égalité républicaine » [Internet]. 2014 juill [cité 19 août 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/144000475.pdf

10. 1er baromètre santé-social : Territoires et Mutuelles engagés pour répondre aux attentes des Français [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: https://medias.amf.asso.fr/upload/files/Barometre_SanteSocial.pdf

11. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural. Pour. 2012;N° 214(2):29-40.

12. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2020 [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

13. Conseil National de l'Ordre des médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 [cité 15 juill 2021] p. 27. Disponible sur: https://www.conseil-

national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf

14. Frélaut M. Les déserts médicaux. Regards. 11 sept 2018;N° 53(1):105-16.

15. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes-de-moins-de-65-ans

16. Le nouveau zonage médecins [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: http://www.normandie.paps.sante.fr/le-nouveau-zonage-medecins

17. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.

18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 : un engagement collectif - Dossier de presse [Internet]. 2018 sept [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

19. Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324513/

20. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultationdepuis le début de l'épidémie de Covid-19. Etudes Résultats - Dir Rech Études Lévaluation Stat [Internet]. sept 2020 [cité 9 févr 2021];(1162). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201162-te%CC%81le%CC%81consultation-BAT.pdf

21. Liddy C, Moroz I, Mihan A, Keely E. Assessment of the Generalizability of an eConsult Service through Implementation in a New Health Region. J Am Board Fam Med. 1 mars 2019;32(2):146-57.

22. Funderskov KF, Boe Danbjørg D, Jess M, Munk L, Olsen Zwisler A-D, Dieperink KB. Telemedicine in specialised palliative care: Healthcare professionals' and their perspectives on video consultations-A qualitative study. J Clin Nurs. nov 2019;28(21-22):3966-76.

23. Johansson AM, Lindberg I, Söderberg S. Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas. Prim Health Care Res Dev. janv 2017;18(1):73-83.

24. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):487-97.

25. Cabot G. Utilisation et connaissances de la téléconsultation par les médecins libéraux du Maine et Loire. :158.

26. Bouquet T. Téléconsultation : représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019. [Internet]. [Marseille]: Aix Marseille; 2020 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116792/document

27. Nagel DA, Pomerleau SG, Penner JL. Knowing, caring, and telehealth technology: « going the distance » in nursing practice. J Holist Nurs Off J Am Holist Nurses Assoc. juin 2013;31(2):104-12.

28. Berg M, Aarts J, Lei J van der. ICT in Health Care: Sociotechnical Approaches. Methods Inf Med. avr 2003;42(4):297-301.

29. Albero B. Une approche sociotechnique des environnements de formation. Éducation Didact. 1 mai 2010;(4-1):7-24.

30. Mathieu-Fritz A, Gaglio G. À la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine. Reseaux. 12 mars 2018;n° 207(1):27-63.

31. Ologeanu-Taddei R. 5. La confiance dans la technologie de l'information en santé : le rôle du médecin [Internet]. La Découverte; 2020 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/crises-de-confiance--9782348065866-page-87.htm

32. Verrue M. Téléconsultation en médecine générale: attentes et représentations des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2020.

33. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. BMC Fam Pract. 13 déc 2020;21(1):269.

34. Avalosse H, Bruyneel L, Hens E, Kestens W, Willaert D. Enquête intermutualiste, téléconsultations. 2020 sept p. 73.

35. Planque L. Attentes et craintes des patients au sujet de la téléconsultation dans le Ternois (patients naïfs de téléconsultation en soins primaires). [Lille]: Université de Lille; 2019.

36. Roger E. Téléconsultation : Représentations et préjugés. Étude qualitative auprès de patients du pays Salonais naïfs de téléconsultation [Internet]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2021 [cité 1 août 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193807

37. Dijk J van. The network society: social aspects of new media. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2006. 292 p.

38. Dijk J van. The Deepening Divide: Inequality in the Information Society. SAGE Publications; 2005. 249 p.

39. Youssef AB. Les quatre dimensions de la fracture numérique. Reseaux. 2004;n° 127-128(5):181-209.

40. Brotcorne P, Valenduc G. Les compétences numériques et les inégalités dans les usages d'internet. Cah Numer. 20 oct 2009;Vol. 5(1):45-68.

41. Vall R. L'illectronisme ne disparaîtra pas d'un coup de baguette magique ! Mission d'information « Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique » [Internet]. 2020 sept [cité 1 juin 2021]. Report No.: 711. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r19-711/r19-711-syn.pdf

42. LOI n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000031589829/

43. Lucas J-F. La Covid-19, accélératrice et amplificatrice des fractures numériques ? 2020;24.

44. Lai J, Widmar NO. Revisiting the Digital Divide in the COVID-19 Era. Appl Econ Perspect Policy. 12 oct 2020;

45. Watts G. COVID-19 and the digital divide in the UK. Lancet Digit Health. août 2020;2(8):e395-6.

46. Parker EB. Closing the digital divide in rural America&. Telecommun Policy. 2000;10.

47. Reddick CG, Enriquez R, Harris RJ, Sharma B. Determinants of broadband access and affordability: An analysis of a community survey on the digital divide. Cities Lond Engl. nov 2020;106:102904.

48. Townsend L, Sathiaseelan A, Fairhurst G, Wallace C. Enhanced broadband access as a solution to the social and economic problems of the rural digital divide. Local Econ. 1 sept 2013;28(6):580-95.

49. Henri-Panabière G. Dominique Pasquier, L'internet des familles modestes. Enquête dans la France rurale. Presses des Mines, Paris, 2018, 222 p. Sociol Trav [Internet]. 3 juin 2020 [cité 1 juin 2021];62(Vol. 62-n° 1-2). Disponible sur: http://journals.openedition.org/sdt/30386

50. Julien Howard M., Eberly Lauren A., Adusumalli Srinath. Telemedicine and the Forgotten America. Circulation. 28 juill 2020;142(4):312-4.

51. Bakhtiar M, Elbuluk N, Lipoff JB. The digital divide: How COVID-19's telemedicine expansion could exacerbate disparities. J Am Acad Dermatol. 1 nov 2020;83(5):e345-6.

52. Levy H, Janke AT, Langa KM. Health Literacy and the Digital Divide Among Older Americans. J Gen Intern Med. mars 2015;30(3):284-9.

53. Philbin MM, Parish C, Pereyra M, Feaster DJ, Cohen M, Wingood G, et al. Health Disparities and the Digital Divide: The Relationship between Communication

Inequalities and Quality of Life among Women in a Nationwide Prospective Cohort Study in the United States. J Health Commun. 2019;24(4):405-12.

54. Viswanath K, Kreuter MW. Health Disparities, Communication Inequalities, and e-Health: A Commentary. Am J Prev Med. mai 2007;32(5 Suppl):S131-3.

55. Hansen AH, Bradway M, Broz J, Claudi T, Henriksen Ø, Wangberg SC, et al. Inequalities in the Use of eHealth Between Socioeconomic Groups Among Patients With Type 1 and Type 2 Diabetes: Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 29 mai 2019;21(5):e13615.

56. Seux C. Les disparités sociales des usages d'internet en santé. Reseaux. 25 mai 2018;n° 208-209(2):63-93.

57. Arighi A, Fumagalli GG, Carandini T, Pietroboni AM, De Riz MA, Galimberti D, et al. Facing the digital divide into a dementia clinic during COVID-19 pandemic: caregiver age matters. Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol. 18 janv 2021;

58. Dubar C. Notes de lecture. Rev Francaise Aff Soc. 2002;(2):211-20.

59. Grandazzi G. Tchernobyl au quotidien. Confrontation au danger et politiques de prévention. Cah Maison Rech En Sci Hum. avr 2005;(spécial):307-16.

60. CNOM. Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Analyse et recommandations du CNOM. [Internet]. 2018 janv [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/od6gnt/cnomdata_algorithmes_ia_0.pdf

61. WMA - The World Medical Association-Prise de Position de l'AMM sur l'Ethique en Télémédecine [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.wma.net/fr/policies-post/prise-de-position-de-lamm-sur-lethique-en-telemedecine/

62. Moutel G, Grandazzi G, Hazebroucq V. Ethique, télémédecine et téléconsultation - EREN [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: https://www.espace-ethique-normandie.fr/9968/

63. Beltran-Aroca CM, González-Tirado M, Girela-López E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). Semergen. mars 2021;47(2):122-30.

64. URML Normandie. Médicobus dans l'Orne-Est - Communiqué de presse [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2020/10/communique-de-presse-urml-medicobus-v2.pdf

65. Masquelet A-C. Le soin à l'épreuve de la cure. Cah Cent Georges Canguilhem. 2010;N° 4(1):53-67.

66. Fernandez G. 3. La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques. In: Les usagers du système de soins [Internet]. Presses de l'EHESP;

2000 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/les-usagers-du-systeme-de-soins--9782859526399-page-271.htm

67. Algan Y, Malgouyres C, Senik C. Territoires, bien-être et politiques publiques. Notes Cons D'analyse Économique. 2019;n°55(7):1.

68. Mallein P, Tarozzi S. Des signaux d'usage pertinents pour la conception des objets communicants. Cah Numer. 2002;Vol. 3(4):61-70.

69. Boudokhane LF. Étude sur les non-usagers d'Internet : analyse de la perception des TIC et du rapport aux médias. Enjeux Inf Commun. 2011;n° 12/1(1):5-22.

70. Collège de la médecine générale. La télémédecine en médecine générale [Internet]. 2021 mars [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/05/La-telemedecine-en-medecine-generale-2021.pdf

71. Barrot J-N. ACCÉLÉRER LE REBOND ÉCONOMIQUE DES TERRITOIRES. :174.

72. Défenseur des Droits. Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics. 2019.

Annexes

Annexe 1 Grille d'entretien

Inclusion	Avez - vous -déjà eu une expérience de TC ? Vous a-t-on proposé une TCS ? —> pourquoi on vous a proposé
Difficultés d'accès aux soins	Rencontrez- vous des difficultés dans votre suivi médical ? Lesquelles ? > MG ? spécialiste ? Que pensez-vous de votre accès aux soins —> en particulier pour avoir recours à votre médecin généraliste —> sentiment d'abandon ?
Représentations du médecin généraliste (MG)	De quoi avez- vous besoin à proximité pour vous assurer une bonne santé ? Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste ? —> place dans la société ? —> relation avec la famille ? Quelles sont les relations que vous avez avec votre médecin généraliste actuellement ? Ont-elles changé au cours du temps ?
Représentation de l'accessibilité du MG	• Géographique —> Quel temps de route acceptez-vous de faire pour consulter un MG ? • Horaire • Créneaux d'urgence • Financière
Appréhension de la téléconsultation pour la médecine générale	Que pensez-vous des nouvelles façons de consulter un médecin ? Par exemple la téléconsultation ? Pour vous c'est quoi la téléconsultation ? Comment l'envisagez-vous ? —> comment imaginez -vous ? —> quel matériel faut-il-utiliser ? —> comment pensez-vous que le médecin réalise ses consultations ?

	Comment l'avez- vous connue ? Comment allez-vous chercher l'information (journal TV affiches...) ? Pensez - vous que c'est une solution pour pallier le manque de médecins ? —> si oui pourquoi ? —> si non pourquoi ? Quelles sont les limites de la téléconsultation ? Quels en sont les risques ? *—> sécurisation des données* *—> erreurs de diagnostic* *—> verbalisation, description des symptômes* > ou : qu'est-ce qui pourrait vous sembler mieux ou moins bien qu'une consultation en présentiel ? Est- ce adapté pour consulter votre médecin généraliste ? —> Pensez- vous que ça peut remplacer les consultations chez le médecin généraliste ? > pour votre MG ? pour un autre MG ? —> examen physique indispensable ? —> quels motifs acceptables pour la téléconsultation ? L'envisagez-vous pour vous ? Quelles différences pensez-vous qu'il y ait entre le médico bus et la téléconsultation ? Quand envisagez-vous la mise en place de la téléconsultation ? > pour vous ? et les générations suivantes ? Comment envisagez-vous la téléconsultation pour les générations suivantes ? —> plus adapté / plus important / dommage ou pas ? Comment avez-vous vécu la crise sanitaire et le confinement ?

Evaluation de l'inclusion numérique	Avez-vous un téléphone portable type smartphone ? Avez-vous accès à internet ? Pourquoi vous l'utilisez ? Pour la santé ? Êtes-vous à l'aise avec internet ? Avez-vous une imprimante ? Utilisez - vous des outils numériques en lien avec votre santé ? —> applications liées ~~a~~ à la santé : tous anti covid, doctolib… —> prise de RDV en ligne Quel effet a eu la crise sanitaire sur votre utilisation du numérique ? Est - ce qu'il y a des technologies que vous refusez d'utiliser ? pourquoi ? Y-a- t-il une utilisation du numérique qui est compliquée dans votre vie de tous les jours ? • Pour les démarches administratives ? • Dans le domaine de la santé ? Comment vous positionnez vous par rapport au développement du numérique dans la société ? —> *Peur de la marginalisation ?* sentiment de situation imposée ...
Informations sur les patients / données socio professionnelles /ancrage territorial	*Poser les questions si pas eu de réponses dans les précédentes parties* Quel est votre âge ? Quel travail faites-vous ? Qu'avez-vous fait comme études ? Vivez - vous seul (e) ? Depuis combien de temps vivez - vous dans la région ? Avez-vous grandi ici ? Avez-vous de la famille ? Avez - vous un véhicule ? sinon mode de transport ?

Annexe 2 Fiche d'information aux enquêtés

Fiche d'information à remettre au patient

Vous avez accepté de participer à un entretien pour un travail de thèse de médecine sur les représentations des patients concernant les nouveaux modes d'accès aux soins.

Tout travail de thèse, et tout recueil de données doit obtenir l'accord de la DPO (direction de la protection des données). Dans le cadre de cette thèse, nous avons obtenu l'autorisation de réaliser des enregistrements audios.

Si vous souhaitez plus d'informations : https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees

Si besoin vous pouvez joindre la direction de protection des données de l'université de Rouen à : dpo@univ-rouen.fr

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement général européen sur la protection des données (« RGPD ») du 25 Mai 2018, respectivement dans leur version en vigueur, vous disposez à tout moment des droits suivants :

- Un droit d'accès : Vous disposez d'un droit d'information sur les données personnelles vous concernant collectées, traitées ou, le cas échéant, transmises à des tiers (article 15 RGPD).

- Un droit de rectification : Vous avez le droit de demander la correction des données personnelles incorrectes vous concernant (article 16 et 19 RGPD).

- Un droit d'effacement : Vous avez le droit de demander ~~je demande~~ la suppression des données personnelles vous concernant. Par exemple, si ces données ne sont plus nécessaires aux fins pour lesquelles elles ont été collectées (article 17 et 19 de la RGPD).

- Un droit à la limitation du traitement : Sous certaines conditions, vous avez le droit de demander une limitation du traitement. Dans ce cas, vos données pourront uniquement être stockées mais pas utilisée dans le cadre du traitement, sauf avec votre consentement (article 19 et 19 RGPD).

- Un droit d'opposition : vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de vos données personnelles (article 21 RGPD). Le traitement est alors arrêté par le promoteur à la date où vous en aurez fait part au contact mentionné ci-après. Cependant, l'ensemble des données préalablement recueillies à l'opposition, à la demande d'effacement, ou à la demande de limitation pourront faire l'objet d'un traitement si cela s'avère nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous remerciant d'avoir accepté de participer à cette étude.

Sabrina Boussebissi, interne en médecine

Dr Théophile Martin, médecin généraliste

Pour toute question relative à ce travail et à votre entretien enregistré : [mail du chercheur]

Titre : La téléconsultation du médecin généraliste en zone rurale fragile : vers une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins ?

Résumé : Les patients en zones rurales fragiles connaissent des difficultés grandissantes d'accès aux soins. Pour améliorer leur accès aux soins la téléconsultation leur est proposée mais elle pose question dans un contexte de fracture numérique. Une étude qualitative a été menée auprès de patients n'ayant pas eu d'expérience de téléconsultation du médecin généraliste dans une zone hyper rurale en carence d'offre de soins. Les patients étaient interrogés sur leur appréhension vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste. Ce travail a permis de révéler des points de vigilance à avoir dans le cadre du déploiement de la téléconsultation. La téléconsultation s'inscrit dans un processus de nostalgie du « médecin de famille » et de perte de la relation privilégiée nouée avec lui. Elle symbolise aussi un abandon supplémentaire des services essentiels et risque d'augmenter le sentiment de relégation de ces territoires. Les problèmes d'accès et de compétences numériques ne sont pas les seuls à prendre en compte pour analyser la fracture numérique. Les significations d'usage des TIC sont également à considérer : en effet, une volonté d'indépendance vis-à-vis des TIC existe. Dans ce contexte, le déploiement de la téléconsultation ne peut avoir lieu sans, d'une part, la préservation du choix du patient d'y adhérer ou non et, d'autre part, la vérification du réel progrès social qu'elle apporte. Une réflexion éthique est donc à mener avant et pendant le déploiement de ce nouveau mode de consultation. En son absence, la téléconsultation du médecin généraliste risquerait d'être le lieu d'une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins.

Mots clefs : téléconsultation – zones médicalement mal desservies – santé en zone rurale - fracture numérique – médecin généraliste – enjeux éthiques

Title : General practitioner teleconsultation in medically underserved areas : towards a new type of inequality of access to health care ?

Abstract : Patients in medically underserved areas are experiencing increasing difficulties to access health care. Teleconsultation is offered to improve this access but raises questions in the context of digital divide. A qualitative study was conducted in a rural medically underserved area on patients who do not have any experience of general practitioner teleconsultation. Patients were asked about apprehension regarding teleconsultation with a GP. This study highlighted several key points to take into account before spreading medical teleconsultation. Teleconsultation can be seen as a threat to the privileged relationship established between the patient and their 'family doctor'. Also, it is symbolic of further abandonment of essential services being not ensured anymore in these territories, with a feeling of being downgraded. The issues related to access and to digital skills are not the only ones to be taken into account when analyzing the digital divide. It is also important to consider the meanings of ICT (Information and Communication Technology) since some people also desire to be independent from ICT. In this context, the deployment of teleconsultation cannot take place without first ensuring the patient's willingness to use it, and secondly verifying the real social progress it brings. An ethical review is therefore required before and during the roll-out of this new type of consultation. Without doing so, general practitioner teleconsultation is at risk of creating new inequalities as regards access to health care.

Keywords : teleconsultation - medically underserved areas – rural health - digital divide - general practitioner - ethical issues