Description de l'activité de téléconsultation des médecins généralistes durant le premier confinement lié à l'épidémie de Covid-19

Anne Darrason

▶ **To cite this version:**

Anne Darrason. Description de l'activité de téléconsultation des médecins généralistes durant le premier confinement lié à l'épidémie de Covid-19. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03643789

HAL Id: dumas-03643789

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03643789

Submitted on 16 Apr 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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR
ANNEE 2022

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE
Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE DE TÉLÉCONSULTATION DES MEDECINS GENERALISTES DURANT LE PREMIER CONFINEMENT LIÉ A L'ÉPIDEMIE DE COVID19

Présentée et soutenue le 11 avril 2022,
À la faculté de Médecine de Nice

Par Anne DARRASON
Née le 21 juin 1990, à Istres (13)

MEMBRES DU JURY
Président :
Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Assesseurs :
Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Docteur Christelle MARGO
Directeur de thèse :
Docteur Carol-Anne BOUDY

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Je remercie ma directrice de thèse Docteur Carol-Anne BOUDY pour son accompagnement et ses corrections.

Je remercie l'ensemble des membres de mon Jury pour leur expertise : Monsieur le Professeur Christian PRADIER, Docteur Christelle Margo et Docteur Carol-Anne BOUDY.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professeurs, enseignants, médecins et paramédicaux que j'ai pu rencontrer durant ma formation et qui ont participé à mon expérience de la médecine.

Je remercie ma famille : mes grands-parents, mes parents, ma sœur et mon frère pour leur soutien durant mon parcours.

Je fais un petit coucou à la team Nice Marseille pour cette aventure de 2ans++ au soleil !

Je remercie Alexis pour son travail sur cette thèse. Love u !

Je remercie Crevette pour son réconfort.

Liste des abréviations

- ALD : Affection longue durée
- APL : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée
- Cs : Consultation
- COVID : corona virus disease
- DM : Désert médical
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes
- IDE : Infirmière Diplômée d'état
- RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
- TC(S/G) : Téléconsultation (Spécialiste/Généraliste)
- VAD : Visite A Domicile

MESH WORD

- Consultation à distance
- Téléconsultation
- Télémédecine
- Télémédecine ET Covid19

Sommaire

1 INTRODUCTION 14
1.1 CADRE GENERAL 14
1.2 LA TELECONSULTATION ET LE CONFINEMENT 14
1.3 OBJECTIFS 15
2 MATERIEL ET METHODE 16
2.1 TYPE D'ETUDE 16
2.2 COMPOSITION DU QUESTIONNAIRE 16
2.3 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET PORTEE DES REPONSES 17
2.4 INTRODUCTION DE LA METHODOLOGIE STATISTIQUE DE L'ETUDE 17
2.4.1 Variables de l'étude 17
2.4.2 Tests statistiques présents dans l'étude 18
2.5 MANIPULATION DES DONNEES 19
2.5.1 Nettoyage des données 19
2.5.2 Enrichissement des données 19
2.5.3 Logiciels utilisés 19
3 RESULTATS 20
3.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE 20
3.2 ACTIVITE MEDICALE PENDANT L'EPIDEMIE DE COVID-19 21
3.2.1 Fréquentation du cabinet 21
3.2.2 Capacité d'accueil et de prises en charges mises en place pour faire face à la Covid 21
3.2.3 Recours ou Refus de recours à la téléconsultation 22
3.3 OPINIONS SUR LE RECOURS A LA TELECONSULTATION 23
3.3.1 Facteurs clés ayant favorisé l'activité de téléconsultation 23
3.3.2 Facteurs clés ayant engendré le refus de la téléconsultation 23
3.3.3 Difficultés et limites rencontrées durant l'activité de téléconsultation 24
3.4 LA TELECONSULTATION EN PRATIQUE 25
3.4.1 Activité de téléconsultation 25
3.4.2 Objet de la téléconsultation 26
3.4.3 Age du patient 28
3.4.4 Outil de la téléconsultation 29
3.5 FUTUR ENVISAGE DE LA TELECONSULTATION PAR LES MEDECINS GENERALISTES REPONDANTS 29
3.5.1 Cadre juridique 29
3.5.2 Retour de l'obligation de suivi 30
3.5.3 Cotation acte téléphonique 30
4 DISCUSSIONS 31
4.1 RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE ET COMPARAISON AVEC DES SOURCES EXTERNES 31
4.2 VALIDITE EXTERNE ET INTERNE 34
4.2.1 Population étudiée et biais de sélection 34
4.2.2 Biais de mesure 35
4.2.3 Puissance de l'étude 35
4.3 COMPLEMENT : ETUDE QUALITATIVE 35
4.4 CONCLUSION AVEC PERSPECTIVES DU TRAVAIL 37
5 REFERENCES 38
6 SERMENT D'HIPPOCRATE 40
7 RESUME 41

8 ANNEXES 43

8.1 QUESTIONNAIRE 43

8.2 COMPLEMENTS DE RESULTATS 46

8.2.1 Démographie, caractéristiques de la population étudiée 46

8.2.2 Activité médicale pendant la Covid 46

8.2.3 Opinions sur le recours à la téléconsultation 50

8.2.4 La téléconsultation en pratique 53

8.2.5 Futur envisagé de la téléconsultation par les médecins généralistes répondants 56

8.3 COMPLEMENT ETUDE QUALITATIVE 60

Tables des illustrations et tableaux

Figure 1 Données sociodémographiques - lieux d'exercice 20
Figure 2 Capacités d'accueil 22
Figure 3 Recours à la TC en fonction de l'âge 22
Figure 4 Limites de la téléconsultation 24
Figure 5 Activité de TC selon la période 25
Figure 6 Objet de TC selon la période 27
Figure 7 Age du patient selon la période 28
Figure 8 Outils de TC selon la période 29
Figure 9 Futur envisagé de la TC selon le cadre juridique 30
Figure 10 Démographie - compléments 46
Figure 11 Fréquentation du cabinet - compléments 47
Figure 12 Etat de santé des médecins - compléments 47
Figure 13 Capacités d'accueil - compléments 48
Figure 14 Recours à la TC - compléments 49
Figure 15 Facteurs clés favorisant la téléconsultation - compléments 50
Figure 16 Limites rencontrées - compléments 52
Figure 17 Activité de téléconsultation - compléments 53
Figure 18 Objet TC - compléments 54
Figure 19 Outils de téléconsultation - compléments 56
Figure 20 Cadre juridique d'avant - compléments 57
Figure 21 Cadre juridique durant - compléments 58
Figure 22 Favorable au retour de l'obligation de suivi – compléments 59
Figure 23 Cotation par téléphone - compléments 60

Tableau 1 Données sociodémographiques - pratique 20
Tableau 2 Biais sélection - genre 34
Tableau 3 Biais sélection - lieux d'exercice 35
Tableau 4 Biais sélection - âge 35
Tableau 5 Etat de santé des médecins – pvalues 48
Tableau 6 Capacités d'accueil - pvalues 49
Tableau 7 Facteurs clés favorisant – p_{values} 51
Tableau 8 Facteurs non recours - p_{values} 52
Tableau 9 Limites rencontrées - p_{values} 53
Tableau 10 Activité de téléconsultation - p_{values} 54
Tableau 11 Objet de TC - p_{values} 55
Tableau 12 Outils de téléconsultation - p_{values} 56
Tableau 13 Cadre antérieur – p_{values} 57
Tableau 14 Cadre durant – pvalues 58
Tableau 15Cadre législatif avant vs durant - p_{values} 59
Tableau 16 Favorable au retour de l'obligation de suivi - p_{values} 59
Tableau 17 Cotation par téléphone - p_{values} 60
Tableau 18 Qualitatif - avantages et inconvénients 61
Tableau 19 Qualitatif - impact sur la relation 62
Tableau 20 Qualitatif - ressenti 63
Tableau 21 Qualitatif - facteurs impactant 63
Tableau 22 Qualitatif - outils 63
Tableau 23 Qualitatif - définitions 64
Tableau 24 Qualitatif - difficultés 65
Tableau 25 Qualitatif - développement 65
Tableau 26 Qualitatif - Type de motif 66
Tableau 27 Qualitatif - condition de réalisation 66

1 Introduction

1.1 Cadre général

Bouleversant nos rapports sociaux, l'épidémie de Covid-19 a imposé aux médecins généralistes de s'essayer à la téléconsultation définie comme le fait de « permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient » (1), faisant de l'année 2020 l'an 0 de ce mode d'exercice. En avril 2020, 4,3 millions de téléconsultations ont été enregistrées contre 28000 en décembre 2019(2).

La téléconsultation présente de nombreux avantages : elle offre de nouvelles possibilités d'accès aux médecins, peut permettre une prise en charge et un suivi plus rapide en facilitant l'accès à des avis spécialisés ou en limitant des délais de prise en charge trop longs. Elle permet également de prévenir les hospitalisations et les ré-hospitalisations dans certaines situations, ainsi que l'amélioration du suivi médical des pathologies chroniques. Enfin, elle permet d'éviter certains déplacements coûteux et d'alléger certaines tâches administratives (ex. : dossier patient informatisé).

Pourtant, la téléconsultation a longtemps été évitée par les médecins généralistes. Elle présente en effet des limites, notamment car elle ne peut convenir à tous les motifs de consultation et ne permet pas au médecin d'apprécier l'état général du malade autant que la consultation traditionnelle l'autorise au travers d'un examen clinique. La répartition géographique des utilisateurs ne diffère pas de celle de la population française. Il y a plus d'utilisateurs dans les grandes villes. Le nombre d'actes varie fortement d'un département à l'autre. La concentration est située en Île-de-France, dans le Nord, le Rhône et dans les Bouches-du-Rhône.
Les réticences à cette pratique ont fait l'objet de nombreuses études qualitatives (3–10) . La distance créée entre le télépraticien et le patient, le risque d'erreur médicale liée à l'absence d'examen clinique, l'encadrement des motifs de recours à la téléconsultation sont autant de limites évoquées à son développement (11).

1.2 La téléconsultation et le confinement

Aussi pour promouvoir le déploiement de la téléconsultation durant la crise sanitaire, le gouvernement publie un décret du 9 mars 2020 (12)qui instaure plusieurs allègements : la suppression de l'obligation de consulter un médecin en présentiel au cours des 12 derniers mois pour avoir recours à la téléconsultation, le remboursement à 100% de l'acte par l'Assurance Maladie en cas de prise en charge d'une personne exposée au Covid-19 et la cotation des consultations par téléphone comme d'un acte de téléconsultation.

Lors du premier confinement, les moyens médicaux n'étaient pas adéquats pour prendre en charge l'épidémie en cours : les consultations en face à face nécessitaient la mise en place de mesures de sécurité importantes (alors qu'il y avait un manque de stocks) : gants, surblouse, espace d'accueil pour patients suspects, nettoyage des pièces, formation des secrétariats au tri et à l'urgence. A cela s'ajoutait la peur de la contamination (des patients ainsi que des médecins), les contraintes physiques à respecter (distanciation sociales, port du masque, gel hydroalcoolique, …), la législation (règles des sorties du domiciles restreignant les capacités de mouvement)(13,14).

La première vague de confinement de l'épidémie de Covid 19 en France entre le 17 mars et le 10 mai 2020 a permis l'utilisation de la téléconsultation par un plus grand nombre(15,16). Elle s'est même imposée comme le mode d'accès aux soins privilégié, et a ainsi levé les freins psychologiques à son utilisation à la fois du côté des patients que des praticiens.

Cela a permis un retour d'expériences plus complet des médecins généralistes sur ce mode d'exercice ainsi qu'une meilleure représentativité de leurs perceptions.

Devant le nombre d'actes enregistrés de téléconsultations durant la crise sanitaire, on peut se demander comment se sont organisé les médecins généralistes pour adapter leurs pratiques et si les freins qu'ils redoutaient ont été levés.

1.3 Objectifs

Jusqu'en 2020, la plupart des études avaient pour principal biais de recueillir l'avis de médecins généralistes qui n'expérimentaient à l'époque encore que très peu la téléconsultation (9,17). Il n'y a pas de thèse antérieure sur l'organisation de la téléconsultation au temps du coronavirus.

Beaucoup rapportent la nécessité d'avoir une formation à ce nouveau mode d'exercice (3,9,11)et mettent en avant la contrainte de l'âge ou le décalage générationnel aux nouvelles technologies pour avoir recours à cette pratique (9,18). Nous vérifierons cette assertion, et de manière plus générale, étudierons comment l'âge des médecins ainsi que des patients a influé l'activité de téléconsultation.

On rappelle que la téléconsultation est mise au rang de solution partielle à la désertification médicale progressive par nos politiques de santé publique (19,20).

La période de confinement, qui limitait le recours physique aux médecins généralistes, constitue donc le cadre adéquat à l'étude de son développement, en mettant en place une situation semblable à une situation de gestion de soins de premier recours sans déplacement physique. Nous étudierons donc cet aspect et essaierons d'évaluer l'impact du désert médical par rapport à l'utilisation de la téléconsultation.

Cette étude permet d'analyser si cette nouvelle pratique est en adéquation avec les objectifs pensés aux prémices de son déploiement (nouvelle possibilité d'accès aux soins, une solution à la poursuite du suivi médical de maladies chroniques), ainsi que ceux recherchés par l'assurance maladie et de définir des axes de déploiement et d'adaptation à plus long terme en médecine générale.

Notre objectif principal est d'étudier et décrire l'organisation de l'activité de téléconsultation des médecins généralistes en France durant le premier confinement du 17 mars au 10 mai 2020, et de savoir si elle a répondu aux attentes du contexte épidémique.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Ce travail est une étude descriptive transversale quantitative portant sur l'organisation de l'activité de téléconsultation par les médecins généralistes durant le premier confinement du 17 mars au 10 mai 2020.

Dans ce but, un questionnaire de 22 questions est réalisé afin d'identifier et de caractériser les points suivants :

- Profils des médecins ayant eu recours à la téléconsultation en cabinet de médecine générale,
- Motifs de santé les plus abordés lors de leur pratique de la téléconsultation
- Type d'outil de communication et d'information utilisé
- Avantages et inconvénients rencontrés lors de leur utilisation
- Place future réservée par les médecins généralistes à la téléconsultation au sortir de l'épidémie.

Le questionnaire est construit sur la base d'une revue de la littérature afin d'aborder le plus de points pratiques de ce nouveau mode d'exercice.

Une première version du questionnaire (questionnaire test) est réalisée en concertation avec 3 médecins généralistes afin de tester la formulation des diverses questions. L'analyse des données permet de remanier le questionnaire et de le rendre le plus fluide possible.

Le questionnaire final est rédigé sous la forme d'un « Googleform ». Chaque réponse est anonyme et il n'est pas possible d'identifier l'adresse mail du répondeur.

2.2 Composition du questionnaire

Le questionnaire comporte vingt-deux questions : vingt questions quantitatives à choix multiples et deux questions qualitatives. Ces questions sont réparties en six parties :

1. **Données sociodémographiques de la population étudiée :**
    - Sexe
    - Age
    - Mode d'exercice
    - Département d'exercice
    - Temps de travail hebdomadaire, état de santé.
2. **Activité médicale pendant la Covid** :
    - Capacité d'accueil de patient covid au sein du cabinet
    - Taux de fréquentation du cabinet durant l'épidémie
    - Recours à une activité de téléconsultation avant le covid
3. **Opinions sur le recours à la téléconsultation :**
    - Freins et avantages envisagés au recours à la téléconsultation durant l'épidémie**.**
    - Limites identifiées à l'activité de téléconsultation durant l'épidémie.
4. **La téléconsultation en pratique** :
    - Type d'outil utilisé
    - L'organisation de l'activité de téléconsultation durant, pendant et après l'épidémie de covid19
    - Motifs de téléconsultation
    - Tranches d'âge auxquelles s'appliquent l'activité de téléconsultation, selon les médecins généralistes y ayant recours.

5. **L'organisation future envisagée** par les médecins généralistes à l'activité de téléconsultation : poursuite de l'activité ou arrêt de l'expérience, motifs de consultation envisagés, outil de téléconsultation envisagés, avis sur l'encadrement juridique actuel de la téléconsultation.
6. **Questions à réponse libre**.

2.3 Diffusion du questionnaire et portée des réponses

Afin d'avoir un échantillon représentatif, le questionnaire a été envoyé par le biais d'un e-mail standard (Annexe 1) aux médecins généralistes en France avec consigne de diffuser le dit questionnaire à leur réseau de médecins généralistes.

Comme aucune mailing-list préétablie existante n'était disponible, les adresses mails utilisées ont été récoltées par l'intermédiaire de :

- Listes de membres partagées du DUMG des différentes facultés de France,
- Mailing lists partagées sur les sites internet du Conseil de l'Ordre des Médecins au niveau national, régional et départemental

C'est dans ce cadre qu'une convention est signée avec le Conseil Régional d'Auvergne Rhône Alpes qui accepte la diffusion du questionnaire auprès de l'ensemble de sa mailing-list. Enfin, le questionnaire est également diffusé via un article internet rédigé sur le site « Le Généraliste ».

Critères d'inclusion

Sont inclus les médecins généralistes de France (remplaçants compris). Les médecins généralistes n'ayant jamais utilisé la téléconsultation peuvent également répondre au questionnaire mais pourront être exclus de certaines analyses statistiques.

Critères d'exclusion

Sont exclus les médecins généralistes ayant exercé dans un service hospitalier, l'impact de la crise sanitaire ayant été différent dans ces services.

Sont exclus les réponses au questionnaire envoyées après la période de fin du premier confinement, c'est-à-dire au 10 mai 2020, date de clôture du recueil, afin d'éliminer un biais de mémoire.

Les caractéristiques des médecins interrogés ont pu être recueillies afin de caractériser la pertinence de l'échantillon. Les répondants âgés de plus de 74 ans ont été exclus de l'analyse, leur proportion étant trop faibles pour obtenir un taux de réponses significatifs.

2.4 Introduction de la méthodologie statistique de l'étude

Seront présentes dans ce rapport des analyses quantitatives :

- Univariées décrivant la population étudiée. Les réponses à chaque question font l'objet d'une analyse sous la forme d'effectif et de pourcentage.
- Bivariées afin d'étudier l'effet de variables explicatives sur certaines des réponses des médecins

2.4.1 Variables de l'étude

Le QCM ayant été rédigé de manière à être le plus compact possible, les questions avaient diverses formes :

- Choix multiples classiques (réponse unique)
- Choix multiples complexes (réponse multiple possible)
- Dépendantes du contexte (réponse conditionnée à un contexte supposé)

De ces questions, plusieurs variables peuvent être dégagées.

Variables de réponse (dépendantes, à expliquer) :

- Recours ou refus téléconsultation (booléen)
- Catégories d'Age patients (générations) : qualitative ordinale
- Organisation du cabinet (plusieurs variables booléennes)
- Objet de la téléconsultation (plusieurs variables booléennes)
- Activité téléconsultation (plusieurs variables booléennes)
- Âge patients (plusieurs variables booléennes)
- Outil téléconsultation (utilisation de plusieurs outils à la fois : plusieurs variables booléennes)
- Futur de la téléconsultation (plusieurs variables booléennes)

Variables explicatives (indépendantes, facteurs d'étude) :

- Date Confinement = {avant, pendant, après} : qualitative ordinale
- Catégories d'Age sondés (générations) : qualitative ordinale
- Désert médical : booléen / qualitatif

Selon les questions étudiées, les résultats de l'étude pourront ainsi être discriminés selon les variables explicatives ci-dessus.

Notes : La variable « classe d'âge » a pour intérêt principal de vérifier les assertions classiques faites entre l'âge et le manque d'utilisation des nouvelles technologies telles que la téléconsultation. Les valeurs possibles pour cette variable ont été choisies en fonction de thèses de sociologie caractérisant des classes en fonction de l'évolution des technologies. Elles sont :

- Moins de 40 ans (génération Y)
- Entre 40 et 55 ans (génération X)
- 56-74 ans (babyboomer)
- Plus de 74 ans

2.4.2 Tests statistiques présents dans l'étude

Les analyses bivariées présentes dans ce rapport auront pour principal objectif de vérifier :

- L'homogénéité, c'est-à-dire si deux variables qualitatives suivent la même loi de probabilité sur différentes populations.
- L'indépendance : évaluer un lien statistique éventuel entre deux variables

La majeure partie des variables étant de nature qualitative (nominales ou ordinales), nous utiliserons des tests non paramétriques tel que le test du Chi2 de Pearson ou bien celui de Fisher lorsque le nombre d'échantillons sera trop réduit ou bien avec des différences de proportions trop différentes.

Dans le cas de ces tests d'homogénéité, pour chaque analyse effectuée, l'hypothèse de départ est la suivante :

- L'hypothèse nulle du test est : H0 = les proportions sont toutes égales.
- L'hypothèse alternative qu'on cherche à démontrer est : H1 = au moins une proportion est différente des autres.

Seuil de significativité de ce test :

- Soit p = probabilité que la différence observée soit due au hasard. Pour l'ensemble des comparaisons, le « p » était significatif si < 0,05 (quand la p-value est inférieure à 0.05, on peut

juste dire qu'au moins une des proportions est différente des autres avec un risque de se tromper inférieur à 5%).

2.5 Manipulation des données

Afin de pouvoir analyser les données, une étape importante de nettoyage ainsi que d'enrichissement a été nécessaire.

2.5.1 Nettoyage des données

En analysant les données plusieurs problèmes ont été repérés et corrigés :

- Certaines personnes ont répondu plusieurs fois au sondage. Les doublons ont été supprimés (28 échantillons enlevés)
- Des réponses étaient parfois incomplètes.
- Certaines informations étaient erronées ou partielles (ex : code postal). Elles ont été corrigées manuellement du mieux possible (27 échantillons corrigés)
- Certaines informations n'étaient pas pertinentes :
  - Les réponses des sondés de plus de 74 ans ont été supprimées, l'effectif étant trop réduit et non représentatif (2 échantillons enlevés).
  - L'analyse se limitant au confinement de la première vague, les données ont donc aussi été filtrées afin de se limiter à cette période (85 échantillons enlevés).

Le nombre final d'échantillons utilisés pour les analyses est de 1363 (sur 1478) réponses.

2.5.2 Enrichissement des données

Afin de pouvoir pousser l'analyse plus loin, certaines données ont été reconstituées (code postaux, Code INSEE) et le score APL (caractérisant les déserts médicaux) a été rajouté (données issues du site officiel du gouvernement (21)).

L'INSEE définit un seuil permettant de classer ces zones. A travers ce seuil on peut caractériser deux populations de médecins généralistes : ceux considérés en déserts médicaux et ceux considérés hors déserts médicaux.

- APL < 2,5 : lieux considérés comme déserts médicaux
- APL ≥ 2,5 : lieux non considérés comme déserts médicaux

2.5.3 Logiciels utilisés

Afin de réaliser ces tâches, d'importantes manipulations ont dû être réalisées. Il a donc fallu utiliser un langage de programmation (Python + Notebook Jupyter) ainsi que différentes libraires de manipulation de données (pandas), de visualisation (Plotly, Seaborn, …), et de statistique (Scipy.stats, Excel avec des macros de statistiques additionnelles).

3 Résultats

Afin de ne pas surcharger la lecture des résultats, les valeurs des p-values ont été mises en Annexe. Sera considéré comme significatif tout résultat ayant engendré une p-value inférieure au seuil de 0,05.

3.1 Données sociodémographiques de la population étudiée

Les informations principales peuvent être synthétisées ci-dessous :

Age et Sexe

Il y a donc presque une parité homme (44,4%) / femmes (55,6%), ainsi qu'une représentation de toutes les générations en exercice :

- < 40 ans (37,2%)
- 40-55 ans (31,3%)
- 56-74 ans (31,3%)

Pratique

Mode d'exercice :	Temps de travail habituel hebdomadaire :
▪ En cabinet de groupe (54,5%) ▪ Seul en cabinet (23,3%) ▪ Maison de santé pluridisciplinaire (22,3%) ▪ Activité de remplacement (2,2%) ▪ Structure hospitalière ou équivalent (1,7%)	▪ 1 à 6 demi-journées (18,3%) ▪ 7 à 10 demi-journées (74,7%) ▪ Plus de 11 demi-journées (7,1%)

Tableau 1 Données sociodémographiques - pratique

Lieux d'exercice géographique des répondants

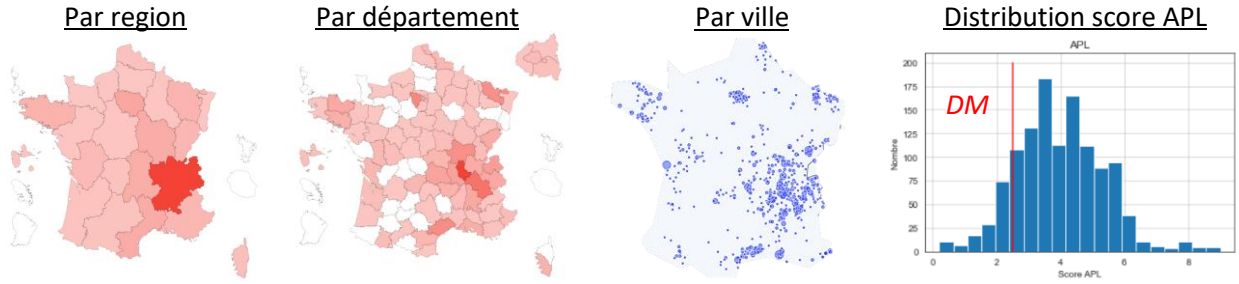


Figure 1 Données sociodémographiques - lieux d'exercice

Des réponses ont été obtenues de tout le territoire (carte de gauches, obtenues à partir des codes postaux, plus le nombre de réponse a été élevée plus la couleur rouge est forte), aussi bien en provenance de déserts médicaux (137) que hors déserts médicaux (1226). Sur l'histogramme de droite, le seuil APL de 2,5 apparait en rouge : à gauche du seuil sont les déserts médicaux (DM).

L'état de santé des médecins généralistes

On note que :

- La majeure partie des répondants jugeaient leur état de santé comme compatible avec la poursuite de leur activité (89%)
- Une partie non négligeable des répondants avaient des facteurs de risque (14 %)
- Assez peu (3%) ont été testés positifs lors de la première vague (« Vous avez été testé positif pour le SARS-CoV-2 au cours de l'épidémie »). Il est probable que cette valeur ait augmentée de manière significative aux vagues suivantes (les variants delta et omicron ayant une contagiosité bien supérieure). Il n'y a donc pas de différence significative entre les populations de répondants sur cette variable.

En faisant l'analyse avec comme variables explicatives « l'âge » ainsi que la caractéristique « désert médical » [TABLEAU 5], on peut noter que :

- Les jeunes générations ont plus souvent « Votre état de santé est compatible avec la poursuite de votre activité »
- Les générations plus âgées ont plus : « Vous présentez des facteurs de risque de développer une forme grave de Covid-19 », « Vous avez fermé votre cabinet pour d'autres raisons »
- Pas de distinction des réponses entre désert médical et hors désert médical

3.2 Activité médicale pendant l'épidémie de Covid-19

3.2.1 Fréquentation du cabinet

En moyenne, la fréquentation générale des cabinets a baissé pendant l'épidémie de Covid-19 :

- « Baisse importante (> deux fois moins de patients) de la fréquentation » 45%
- « Baisse modérée (< deux fois moins de patients) de la fréquentation » : 52%
- « Niveau habituel de fréquentation » : 4%
- « Hausse de fréquentation » : 0%

Il est intéressant de noter que cette baisse a touché la quasi-totalité des répondants, bien qu'à des degrés variés (et sans distinction selon que le cabinet ait eu recours à l'activité de téléconsultation ou non voir Figure 11).

3.2.2 Capacité d'accueil et de prises en charges mises en place pour faire face à la Covid

On remarque que le fait d'être en capacité ou non à mettre en place les structures nécessaires au respect des gestes barrière n'a pas influé sur le recours à la téléconsultation. En effet : 72% peuvent recevoir physiquement les patients, 83% ont le matériel de protection nécessaire, 43% ont un lieu d'accueil spécifique. Beaucoup de suivi sont par ailleurs réalisés par téléphone.

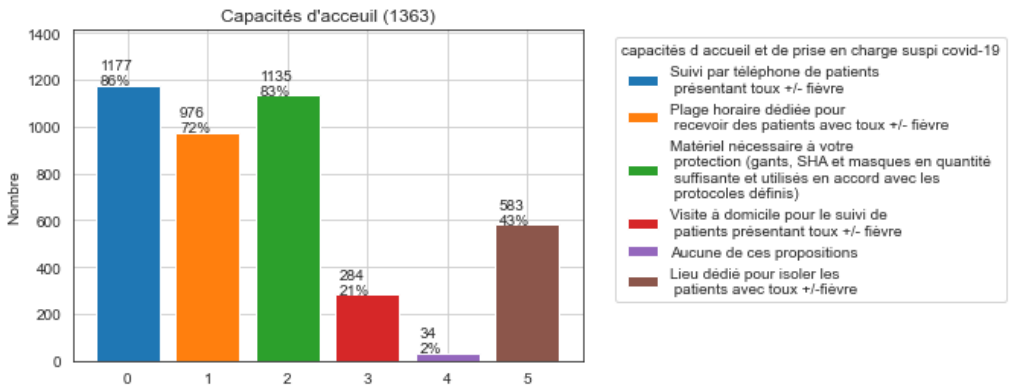


Figure 2 Capacités d'accueil

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on observe les différences significatives [TABLEAU 6] suivantes :

- Augmentation avec l'âge des médecins :
  - « Plage horaire dédiée pour recevoir des patients avec toux +/- fièvre »
  - « Matériel nécessaire à votre protection (gants, SHA et masques en quantité suffisante et utilisés en accord avec les protocoles définis) »
- Diminution avec l'âge des médecins :
  - « Visite à domicile pour le suivi de patients présentant toux +/- fièvre »

Note : La distinction « désert médical » ne présente pas de différence significative (notamment du fait du faible nombre d'échantillon pour cette catégorie).

3.2.3 Recours ou Refus de recours à la téléconsultation

La très grande majorité des répondants ont eu recours à la téléconsultation durant l'épidémie (91,8% ont eu recours à la téléconsultation contre 8,2% qui n'y ont pas eu recours).

Cette proportion a varié de manière significative en fonction de l'âge des répondants. Les plus jeunes semblent avoir eu un recours plus massif (96,6%) à la téléconsultation que les plus âgés (85,3%) :

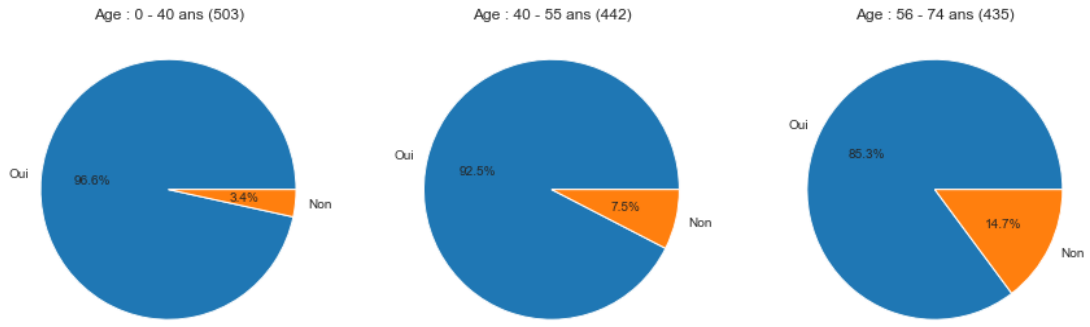


Figure 3 Recours à la TC en fonction de l'âge

Les facteurs identifiés n'influençant pas (de manière significative) [FIGURE 14] le recours à l'activité de téléconsultation sont les suivants :

- Localisation au sens du désert médical
- L'organisation du cabinet

3.3 Opinions sur le recours à la téléconsultation

3.3.1 Facteurs clés ayant favorisé l'activité de téléconsultation

De manière générale les principaux facteurs influençant le recours de manière favorable sont (dans l'ordre décroissant d'importance) :

1. « Les conditions de réalisation ont été assouplies par le gouvernement » (78%)
2. « Vous avez peur de contaminer vos patients et / ou d'être contaminé vous-même » (61%)
3. « Des logiciels de téléconsultation ont été mis à disposition gratuitement » (56%)
4. « Votre cabinet a connu une baisse de fréquentation » (43%)
5. « Vous avez reçu une formation à cette technologie » (17%)
6. « Autre raison » (11%)
7. « Vous utilisiez déjà la téléconsultation avant l'épidémie » (8%)
8. « Vous avez la possibilité d'avoir plus rapidement un avis de second recours » (6%)

On peut voir que le rôle du gouvernement a été prépondérant dans cette adoption, du fait de l'assouplissement du cadre législatif ainsi que des outils mis à disposition.

La seconde raison était intrinsèque à l'épidémie elle-même : la sécurité d'un chacun et la baisse de fréquentation.

Les autres raisons sont largement minoritaires : la formation, un second avis, et un historique éventuel de téléconsultation.

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on observe quelques différences significatives (Tableau 7) :

- Le bénéfice ressenti d'une formation est plus utile pour les 56-74 ans.
- La peur de la contamination est plus forte chez les jeunes médecins

En considérant la caractéristique « désert médical » comme variable explicative, on observe (Tableau 7) que la distinction entre désert médical ou non influe très peu sur les causes majeures d'adoption de la téléconsultation. On peut tout de même voir de légers changements pour les causes mineures :

- La possibilité d'avoir recours à un second avis plus rapidement est légèrement plus importante dans les déserts médicaux (6ème place avec 10% au lieu de la 8ème avec 5%)
- Un historique moins présent du recours à la téléconsultation dans les déserts médicaux (4% au lieu de 9%)

3.3.2 Facteurs clés ayant engendré le refus de la téléconsultation

Parmi ceux n'ayant pas mis en place la téléconsultation (113 réponses i.e. 8%), les arguments dans l'ordre décroissant d'importance étaient :

- « Il y a un risque trop grand de dérive de l'activité de la part du patient ou du médecin » (53%)
- « Elle ne vous ait pas utile pour gérer l'épidémie » (43%)
- « Vous n'avez pas le matériel nécessaire ou que votre connexion internet est mauvaise » (42%)
- « Votre patientèle n'est pas formée à cette technologie » (31%)
- « Vous n'êtes pas assez bien formés au numérique » (27%)
- « Autre raison » (25%)
- « L'activité est trop chronophage » (19%)

On peut observer que l'ensemble des réponses est pertinent (elles ont toutes ont un pourcentage plutôt élevé). Le frein principal pour ceux qui n'utilisent pas la téléconsultation est d'abord la dérive médicale, ainsi que l'inutilité de cet outil dans la gestion de crise, et enfin la manque de matériel.

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on observe (Tableau 8) que ceux ayant refusé la téléconsultation ont eu des raisons globalement similaires selon les catégories d'âges des répondants. Une différence significative est à noter tout de même : la téléconsultation est plus considérée comme « non utile pour gérer cette épidémie » pour les médecins les plus jeunes.

D'autres différences sont notables, mais leur fiabilité statistique est réduite (probablement dû au faible nombre d'échantillons), on peut tout de même remarquer (de manière non significative) que :

- La crainte que la patientèle ne soit pas formée à cette technologie augmente avec l'âge
- Le côté chronophage de l'activité est plus important pour les 40 – 55 ans
- Le manque de formation devient plus important à partir de 40 ans
- Les 56-74 ans craignent moins les dérives potentielles comparativement aux plus jeunes

Conclusion :

- Les générations plus jeunes qui ont rejetées la téléconsultation l'ont plutôt fait car ils ne la considéraient pas comme pertinente, alors que les générations plus élevées l'ont fait aussi pour des raisons annexes (risque de dérive, côté chronophage, manque de formation …)
- On pourrait penser que la formation des médecins est un frein prédominant, mais l'argument de l'absence de formation de la patientèle est en réalité perçu comme encore plus important.

Note : La distinction « désert médical » ne présente pas de différence significative (notamment du fait du faible nombre d'échantillon pour cette catégorie)

3.3.3 Difficultés et limites rencontrées durant l'activité de téléconsultation

- La difficulté principale est celle de l'établissement d'un diagnostic.
- La deuxième grande classe de limitation est un problème temporaire à savoir la maturité technique des outils informatiques (fonctionnalités limites, problème de réseau), le manque de formation des répondants et/ou patients, et les démarches administratives.
- Il reste d'autres limitations mineures : « difficultés à mettre fin à l'entretien », « autres ».

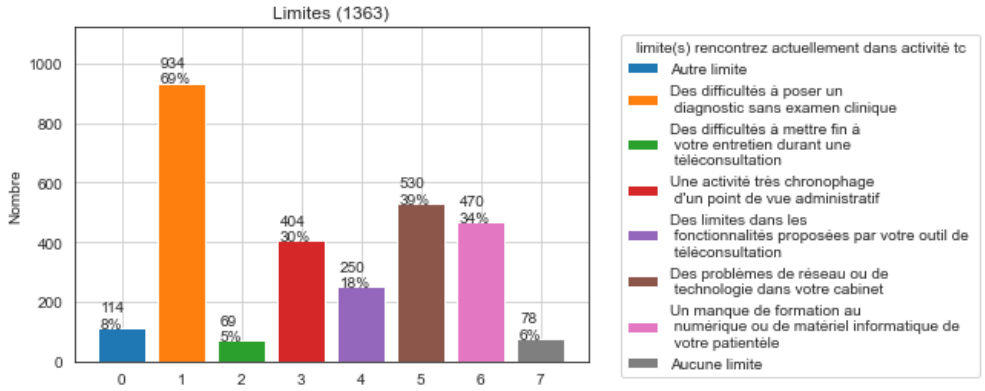


Figure 4 Limites de la téléconsultation

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on obtient (Tableau 9) comme résultats significatifs :

- Variables qui gagnent de l'importance lorsque l'âge augmente :
  - « Une activité très chronophage d'un point de vue administratif »
  - « Aucune limite »
  - « Un manque de formation au numérique ou de matériel informatique de votre patientèle »
- Variables qui perdent de l'importance lorsque l'âge augmente :
  - « Des difficultés à poser un diagnostic sans examen clinique »
  - « Des problèmes de réseau ou de technologie dans votre cabinet »

Note : La distinction « désert médical » ne présente pas de différence significative

3.4 La téléconsultation en pratique

Note : La période « d'après » est celle envisagée par les médecins généralistes, mais non connue d'eux au moment de leur réponse au questionnaire.

3.4.1 Activité de téléconsultation

On peut voir que le paysage concernant l'activité de la téléconsultation a totalement évolué avec le confinement.

- Avant le confinement, 85% ne pratiquaient aucune activité de téléconsultation.
- Pendant le confinement seulement 6% ne la pratiquaient pas
- 19% ne comptent plus en pratiquer par la suite

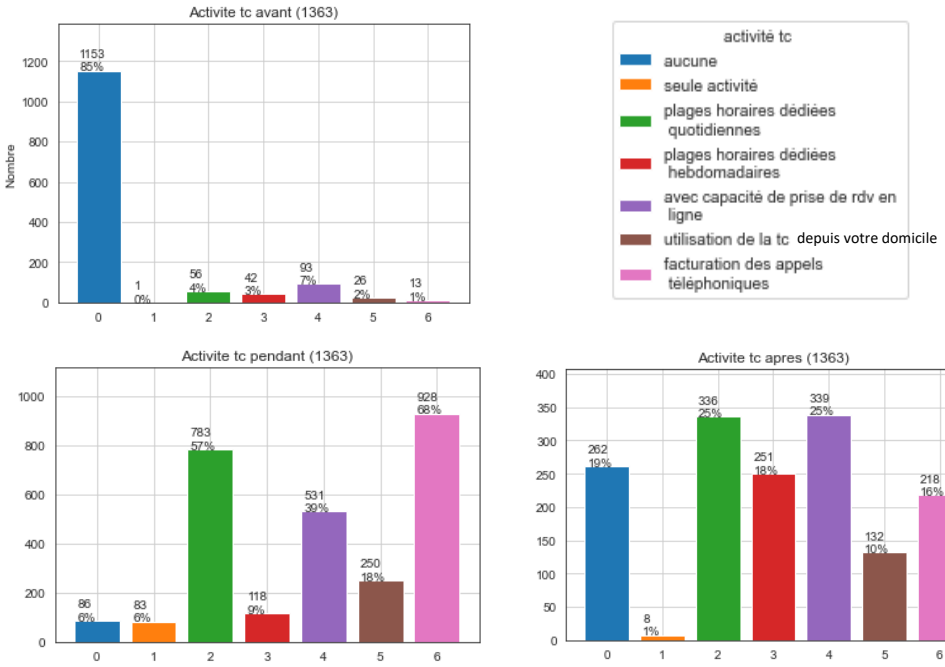


Figure 5 Activité de TC selon la période

Il est intéressant de noter :

- Une partie importante des médecins utilisant la téléconsultation utilise des plage horaires dédiées. Ces plages horaires sont principalement quotidiennes, et à moindre niveau hebdomadaires.
- Une faible partie compte l'utiliser depuis le domicile.
- Pendant le confinement les appels téléphoniques ont largement été facturés, et la diminution de recours à ce mode de consultation semble envisagée.
- Une activité de téléconsultation à 100% n'a été que très rarement envisagée (6% pendant l'épidémie de covid-19)
- Une partie des médecins envisage d'arrêter la téléconsultation au sortir de l'épidémie (19%), cette proportion reste bien moindre comparé à celle de la période d'avant covid.

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on obtient (Tableau 10) comme résultats significatifs :

- La non-utilisation complète de la téléconsultation croit avec l'âge.
- Les autres facteurs décroissent aussi naturellement (lorsque l'âge augmente) du fait de la diminution de l'utilisation de la téléconsultation :
    - « Plages horaires dédiées quotidiennes »
    - « Avec capacité de prise de rdv en ligne »
    - « Facturation des appels téléphoniques »
- Note : « Utilisation de la téléconsultation à domicile » qui croit à nouveau pour la catégorie 56-74 ans.

En considérant la caractéristique « désert médical » comme variable explicative, on obtient comme **r**ésultat significatif : les déserts médicaux sont moins demandeurs d'une « capacité de prise de rendez-vous en ligne » (26% contre 40% hors désert médical).

3.4.2 Objet de la téléconsultation

Les résultats portant sur l'objet (à comprendre comme le motif) de la téléconsultation sont segmentés en fonction de la période (avant, pendant et après confinement). On peut observer de fortes différences entre le confinement et la période hors confinement (avant et après)

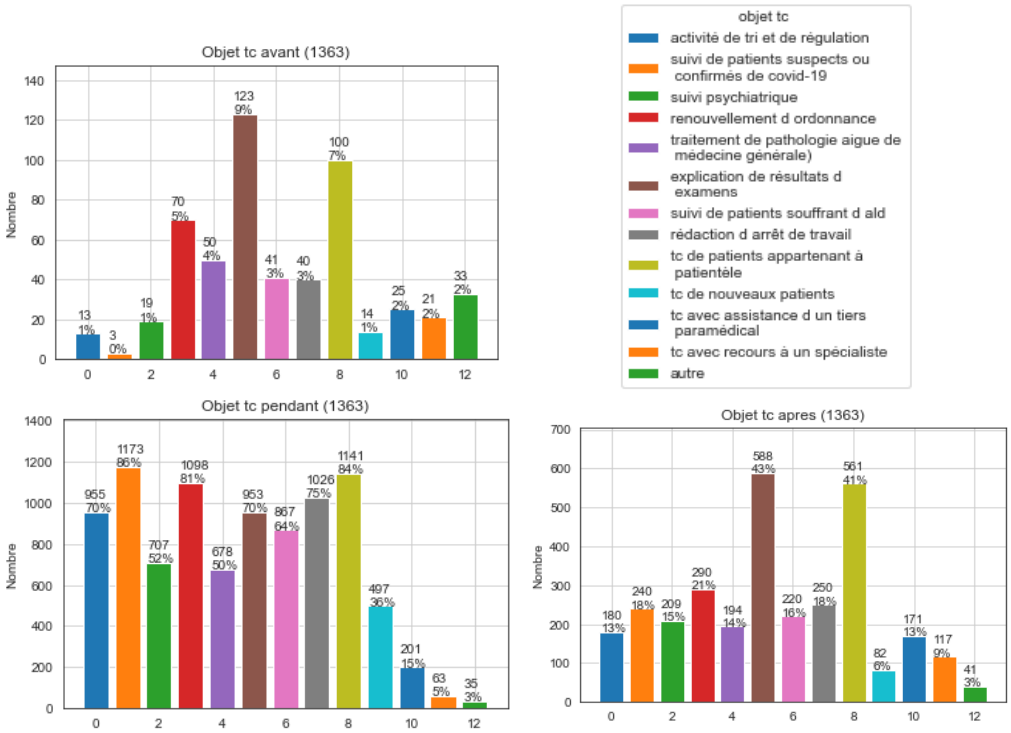


Figure 6 Objet de TC selon la période

Hors confinement, les motifs principaux restent les mêmes à savoir :

- Explications d'examens
- Renouvellement d'ordonnance
- Note :
  - La patientèle déjà connue est privilégiée pour les activités de téléconsultation.
  - Néanmoins l'attrait général pour la téléconsultation ayant augmenté, le nombre de personnes pratiquant chacune des activités est sensiblement plus élevé (2x à 10x plus élevé selon les catégories)

Pendant le confinement, presque tout motif de consultation traditionnel a été proposé comme activité de téléconsultation, afin de pallier les différentes contraintes de distanciation imposée à l'époque. Les seuls objets restants inexploités étant « le recours à un spécialiste » ou avec « avec assistance d'un tiers paramédical ».

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on obtient (Tableau 11) comme résultats significatifs :

- Variables qui gagnent de l'importance lorsque l'âge augmente :
  - « Suivi de patients souffrant d'ALD »
- Variables qui perdent de l'importance lorsque l'âge augmente :
  - « Suivi de patients suspects ou confirmés de covid-19 »
  - « Suivi psychiatrique »
  - « Rédaction d'arrêt de travail »
  - « Téléconsultation de nouveaux patients »
- Mixte : Téléconsultation de patients appartenant à la patientèle habituelle

En considérant la « caractéristique désert médical » comme variable explicative, il semble (Tableau 11) que le lieu d'exercice a une légère influence sur le motif de téléconsultation durant le confinement.

Résultats significatifs :

- « Traitement de pathologie aigue de médecine générale » (moindre dans les déserts médicaux)

Résultats peu significatifs :

- « Suivi de patients souffrant d'ALD » (moindre dans les déserts médicaux)
- « Rédaction d'arrêt de travail » (moindre dans les déserts médicaux)
- « Activité de tri et de régulation » (plus dans les déserts médicaux))
- « Téléconsultation de nouveaux patients » (moindre dans les déserts médicaux)

3.4.3 Age du patient

La majorité des répondants (exerçant la téléconsultation) disent proposer la téléconsultation « à toute tranche d'âge sans distinction ».

Néanmoins parmi ceux pratiquant de manière plus sélective, on peut voir que:

- La proportion de ceux ne faisant « jamais la téléconsultation aux 90 ans et plus », et « jamais aux plus de 80 ans » diminue (comparativement) à la suite du confinement (note : les populations sont non homogènes de manière significative entre avant / pendant / après)
- Ils semblent toujours avoir été plus réticents à utiliser la téléconsultation pour les moins de 18 ans, et la catégorie d'âge à laquelle la téléconsultation était la plus proposée était les 18-55ans.

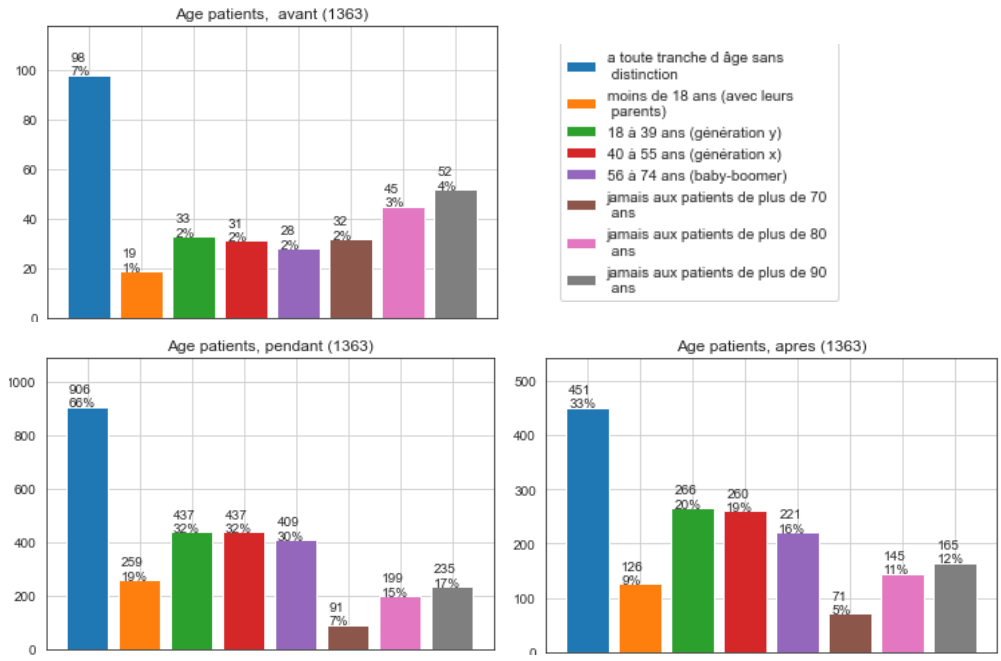


Figure 7 Age du patient selon la période

En conclusion, l'âge des patients est un facteur influençant l'utilisation de la téléconsultation. Mais on remarque qu'après avoir testé la téléconsultation, les médecins généralistes y sont moins sensibles. Certains aprioris sur l'âge élevé des patients semblent avoir été réduits.

3.4.4 Outil de la téléconsultation

Parmi les médecins généralistes qui déclarent avoir eu recours à la téléconsultation, il ressort que

- Les logiciels de téléconsultation ont toujours été l'outil majeur utilisé pour la pratique de la téléconsultation, quel que soit la période.
- La réponse « autre » est importante et n'a malheureusement pas pu être exploitée.
- Le téléphone est un moyen largement utilisé car on peut voir l'importance de WhatsApp dans les réponses (2ème outil le plus utilisé devant Skype et Facetime).
- La temporalité a significativement (au sens des p-values, voir annexe) changé l'emploi de ces méthodes.

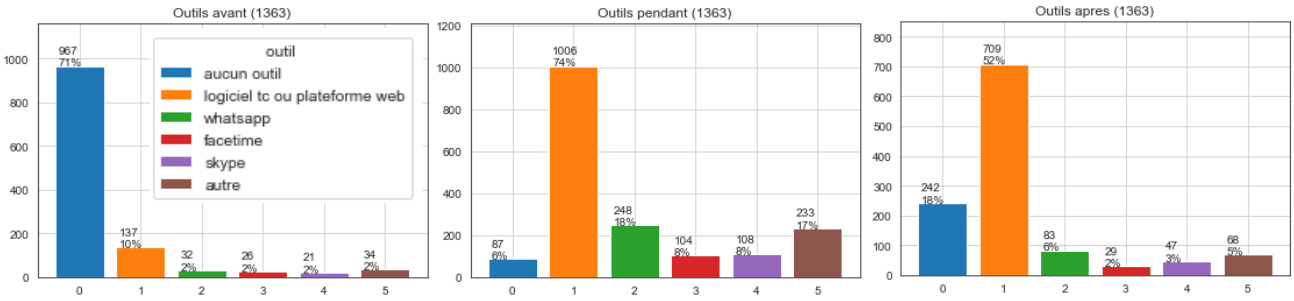


Figure 8 Outils de TC selon la période

En considérant « l'âge » comme variable explicative, on observe (Tableau 12) que l'âge des répondants a une influence sur l'outil de téléconsultation utilisé :

- Comparativement, les jeunes se sont orientés massivement vers des moyens logiciels sur ordinateur (logiciel / plateforme web)
- Les plus âgés semblent avoir privilégié les smartphones (WhatsApp, Facetime, Autre ?)
- La catégorie « aucun outil » est plus élevée chez les répondants les plus âgés.

3.5 Futur envisagé de la téléconsultation par les médecins généralistes répondants

Un facteur déterminant dans l'utilisation de la téléconsultation est celui du cadre juridique.
En effet, le cadre juridique de la téléconsultation a évolué au cours de l'épidémie. Pour rappel il était le suivant :

- **Cadre juridique avant l'épidémie** : Prise en charge physique du patient obligatoire dans les douze mois suivant sa téléconsultation
- **Cadre juridique après l'épidémie** : Prise en charge physique du patient dans les douze mois non obligatoire, prise en charge financière à 100% par la sécurité sociale.

Cette partie a pour but de quantifier l'impact du cadre juridique sur le futur de la pratique de l'activité de téléconsultation, ainsi que l'accord des répondants à ce cadre juridique proposé.

3.5.1 Cadre juridique

On peut voir que :

- Le retour au cadre juridique d'avant l'épidémie marquerait une forte décroissance de l'activité de téléconsultation.

- La futur pratique de la téléconsultation semble hétéroclite : certains veulent y associer des plages horaires dédiées de manière quotidienne, d'autres hebdomadaire, d'autres aucune plage horaire dédiée.
- Le cout des outils de téléconsultation semble être un point relativement important (sur les 89% qui continueraient l'activité de téléconsultation, 23% ne le feront que si l'outil est gratuit).

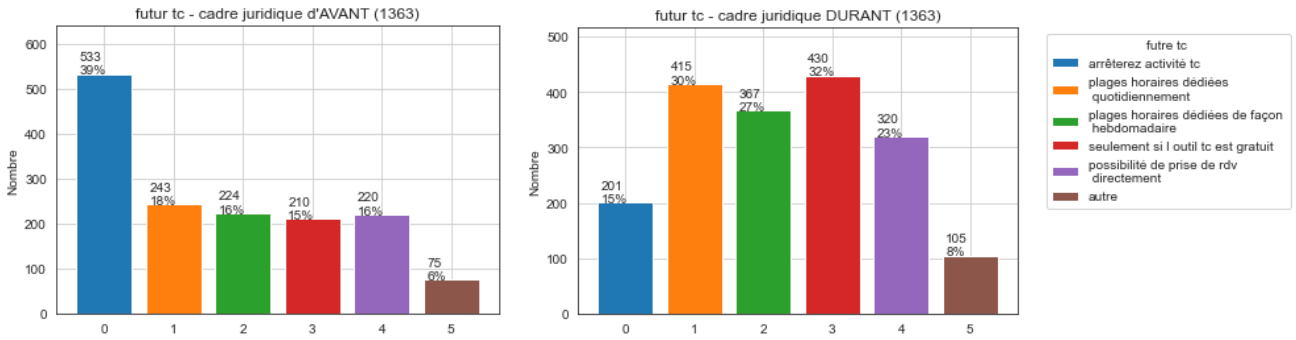


Figure 9 Futur envisagé de la TC selon le cadre juridique

En considérant la caractéristique « désert médical » comme variable explicative, on peut voir que (Tableau 13, Tableau 14, Tableau 15):

- Le souhait d'une gratuité de l'outil semble plus important dans le désert médical
- Si le nouveau cadre continue, la téléconsultation sera plus favorisée dans les déserts médicaux
- Si l'ancien cadre revient, la téléconsultation sera plus favorisée hors désert médical

En considérant l'âge comme variable explicative, on voit que :

- La génération 56-74 ans arrêtera plus facilement l'activité de téléconsultation si la règlementation durcit /revient à la période pré covid
- La génération 40-55 ans attribue plus de plage horaires dédiées quotidiennes
- Plus d'intérêt pour la prise de rendez-vous direct par le patient pour la jeune génération

3.5.2 Retour de l'obligation de suivi

Une majorité des répondants (66%) souhaite le retour de l'obligation de suivi dans les 12 mois. Cette volonté (Tableau 16):

- Ne dépend pas du caractère désert médical
- Dépend de l'âge : étonnamment c'est la génération la plus jeune qui semble être le plus sévère sur cette pratique

3.5.3 Cotation acte téléphonique

On observe le souhait de coter l'utilisation du téléphone comme une activité de téléconsultation. Cette volonté :

- Est légèrement plus présente dans les déserts médicaux (87% contre 84%)
- Est plus présente chez les 40-55 ans (87%) par rapport au reste (83-84%)

4 Discussions

4.1 Résultats principaux de l'étude et comparaison avec des sources externes

Utilisation de La TC pendant l'épidémie

Presque tous les médecins se sont retrouvés face à une baisse de fréquentation (modérée à importante). Dès lors, une très grande majorité des médecins généralistes a choisi d'exercer la téléconsultation pendant l'épidémie (92% dans cette étude, un peu plus que les chiffres de la DREES : 80%), voir (16).

Ils ont choisi de l'utiliser non plus pour un sous ensemble restreint de motifs mais pour la majeure partie, malgré les limites existantes auxquels ils ont dû se confronter (problèmes techniques, manque de formation et surcharge administrative).

On remarque que peu de médecins ont pratiqué la téléconsultation de leur domicile (18%). Cela pourrait être expliqué par le manque de moyens informatiques, ou bien la présence de plages horaires dédiées trop courtes. La proportion est de 20% pour les plus âgés, cet accroissement est peut-être dû à la vulnérabilité accrue de cette partie de la population.

Outil de téléconsultation

Le caractère urgent de la crise sanitaire a entrainé l'utilisation de différents outils de téléconsultation afin de pallier les contraintes épidémiques : les moyens autres que « logiciels de téléconsultation » semblent avoir été utilisés plus qu'ils ne devraient (non RGPD) pendant le confinement. Il est donc normal de les voir diminuer (comparativement aux logiciels) après le confinement.

Impact de l'âge

On observe une influence de l'âge sur la majeure partie des réponses.

Les médecins plus jeunes ont comparativement plus (que les médecins plus âgés) :

- Activité médicale :
  - Utilisé la téléconsultation
  - Des plage horaires dédiées quotidiennes
  - « Visite à domicile pour le suivi de patients présentant toux +/- fièvre »
  - Intérêt pour la prise de rendez-vous direct par le patient pour la jeune génération
  - Peur de la contamination
- Limites :
  - Considéré la téléconsultation comme « non utile pour gérer cette épidémie »
  - « Des difficultés à poser un diagnostic sans examen clinique »
  - « Des problèmes de réseau ou de technologie dans votre cabinet »
- Objet (motif) :
  - « Suivi de patients suspects ou confirmés de covid-19 »
  - « Suivi psychiatrique »
  - « Rédaction d'arrêt de travail »
  - « Téléconsultation de nouveaux patients »
- Règlementation :
  - Favorable à une cotation de l'acte téléphonique (plus présente chez les 40-55 ans)

Les médecins plus âgés ont comparativement plus (que les médecins plus jeunes) :

- Activité médicale :

    - « Plage horaire dédiée pour recevoir des patients avec toux +/- fièvre »
    - « Matériel nécessaire à votre protection (gants, SHA et masques en quantité suffisante et utilisés en accord avec les protocoles définis) »
    - Moins d'utilisation de la téléconsultation, mais « Utilisation de la téléconsultation à domicile » plus grande pour la catégorie 56-74 ans.
    - Réceptifs à l'utilisation générale de la téléconsultation hors épidémie et craignent moins les dérives potentielles.
- Limites :
    - « Une activité très chronophage d'un point de vue administratif »
    - « Aucune limite »
    - « Un manque de formation au numérique ou de matériel informatique de votre patientèle » (bénéfice d'une formation est plus utile pour les 56-74 ans)
- Objet (motif) :
    - « Suivi de patients souffrant d'ALD »
- Règlementation :
    - La génération 56-74 ans arrêtera plus facilement l'activité de téléconsultation si la règlementation durcit /revient à la période pré covid
- Outils
    - Utilisé des outils qui leur étaient familiers (WhatsApp, Skype …) plutôt que des logiciels appropriés (RGPD, …).

On peut aussi observer qu'une « discrimination » était faite à l'encontre des patients âgés en début d'épidémie, qui semble avoir diminué. Les patients semblent donc avoir bien accueilli ce mode de fonctionnement. La crainte émise dans certains travaux que la téléconsultation « est également difficile à imaginer chez les patients qui ne sont pas habitués aux nouvelles technologies, notamment les personnes âgées » pourrait donc être nuancée. On peut aussi voir cela dans le complément qualitatif où certains considèrent qu'elle est appropriée pour le « suivi de patient âgé » (probablement pour lui éviter un déplacement).

La DREES (16) a également mentionné que : « Ces derniers [les médecins les plus jeunes] rencontrent avant tout des problèmes techniques, alors que les plus âgés semblent mettre en avant l'examen clinique qu'ils jugent plus souvent indispensable ». Nous avons observé l'effet inverse : le manque d'examen clinique mentionné en tant que limite est décroissant avec l'âge dans nos résultats.

Particularité des déserts médicaux

La caractéristique « désert médical », en revanche, a été peu discriminante. Les rares réponses ou cela a été le cas ont été relatives à :

- Objet de la téléconsultation durant le confinement
    - Il y a eu moins de traitement de pathologies aigues dans les déserts médicaux
- L'impact du cadre juridique sur le futur de la pratique de l'activité de téléconsultation
    - La gratuité de l'outil est plus importante dans le désert médical
    - Si le nouveau cadre continue : la téléconsultation sera plus favorisée dans les déserts médicaux, sinon (Si l'ancien cadre revient) elle y sera défavorisée.
- L'activité de téléconsultation :
    - Les déserts médicaux sont moins demandeur d'une « capacité de prise de rendez-vous en ligne ». La cause de ce point n'est pas évidente au premier abord (sans information complémentaire).

D'autres thèses (22) mentionnent un éventuel problème de connexion internet dans les zones les plus reculées du territoire, rendant la téléconsultation impossible (aussi appelée zones blanches). Nous n'avons pas retrouvé ces résultats ici. Cela est peut-être dû au fait que les déserts médicaux ne sont

pas forcément des zones reculées, mais juste des zones urbaines ou péri-urbaines sous dotées en population médicale.

Quelles sont ses plus grandes limites ?

La raison principale est celle de l'établissement d'un diagnostic (69% dans cette étude) allant dans le même sens que la DREES (55%), il y a donc cohérence externe. En effet la pratique doit être adaptée ou bien restreinte à certains motifs. Peut-être que dans le futur ce frein pourra être réduit si des appareils de mesure connectés viennent à voir le jour ou que le recours à une tierce personne est facilité (recours à une assistante médicale, infirmière azalée ou autre). En attendant les médecins disent avoir recours plus facilement à l'instauration d'un traitement probabiliste (partie qualitative) lors de téléconsultation afin de pallier le manque d'informations cliniques et de limiter le risque d'erreur diagnostique engendré par l'absence d'examen clinique.

La deuxième grande classe de limitation est un problème temporaire à savoir la maturité technique des outils informatiques (fonctionnalités limitées, problème de réseau : 39% dans cette étude 45% d'après la DREES), le manque de formation des répondants et/ou patients, et les démarches administratives. Cette limitation se résorbera tout naturellement avec le temps.

On peut aussi noter que 19% des médecins ayant refusé la téléconsultation la trouve trop chronophage (probablement à cause de la surcharge administrative supplémentaire engendrée). Ceci est en désaccord avec la récente revue de la littérature de Mlle Dire (11) qui considère que : « les téléconsultations étant moins chronophages, le médecin peut plus aisément les intégrer dans sa journée de consultations ».

Néanmoins la partie qualitative nuance ce propos : certains médecins notent que les téléconsultations sont moins chronophages si on les compare à des visites à domicile. Plutôt que de se déplacer, le médecin peut consulter son patient depuis son lieu de travail, lui permettant de gagner du temps de transport.

Rôle hors épidémie

Même si certains comptent l'abandonner au sortir de l'épidémie, elle restera largement plus représentée que ce qu'elle ne l'était (19% contre 6%).

Il ressort de l'analyse qualitative (brièvement mentionnée au 4.3) qu'un grand nombre de médecins avouaient avoir été très méfiants de la téléconsultation au départ et reconnaissaient avoir changé d'avis en étant forcé de l'utiliser. Cette population est probablement incluse dans les 13% supplémentaires.

Son utilisation future envisagée reste cantonnée aux mêmes principaux motifs pré-épidémie, à savoir :

- Explications d'examens
- Renouvellement d'ordonnance.

La partie qualitative suggère que les médecins ont remarqué d'autres motifs d'intérêt, même si plus marginaux (contexte épidémique, infection urinaire, éducation thérapeutique, prévention, orientation vers un spécialiste, suivi psychiatrique …)

Sa vocation de pallier la désertification est-elle appropriée ?

D'après les résultats de cette étude, cette pratique a toute sa place dans l'exercice médical mais, sans des moyens techniques plus développés (médecine connectée, cabine médicale connectée, …) ainsi qu'un encadrement des motifs d'utilisation, son déploiement restera réduit à un sous ensemble restrictif de motifs et aura donc un impact marginal vis-à-vis de la désertification. Il ressort de cette étude que les déserts médicaux seraient plus favorables à utiliser la téléconsultation pour des activités

de régulation et de tri que pour des consultations, comparativement aux territoires hors désert médical.

4.2 Validité externe et interne

4.2.1 Population étudiée et biais de sélection

Les médecins répondants au questionnaire sont des médecins volontaires. Il existe un biais déclaratif. On pourrait imaginer :

- Une tendance à des réponses de médecins jeunes et équipés sur le plan de nouvelles technologies. Afin de vérifier cela, on compare ci-dessous la distribution de l'âge des répondants avec celle de la profession
- Qu'ils aient un avis plus tranché sur la question que la moyenne (si on aime ou déteste quelque chose, on s'exprime à ce sujet souvent plus volontairement)

Genre

La proportion homme / femme des répondants est légèrement différente de la moyenne nationale.

Plus de femmes ont répondu que d'hommes ce qui ne correspond pas à la démographie exacte des médecins généralistes (problème d'extrapolation des résultats). Cette différence reste néanmoins acceptable.

	Sondage	Référence nationale (23)
Sexe	• 44% Hommes • 56% Femmes	• 51,6% Hommes • 49,4% Femmes

Tableau 2 Biais sélection - genre

Lieu d'exercice

Les réponses couvrent la majorité du territoire, avec néanmoins une sur-représentativité de la région lyonnaise. Il y a en effet un biais de diffusion du fait d'un accord conclu avec le conseil régional Auvergne Rhône Alpes pour diffuser le questionnaire (d'où une meilleure visibilité).

La proportion des lieux d'activités en désert médical est très proche de la moyenne nationale (10% contre 11,6% en 2017)

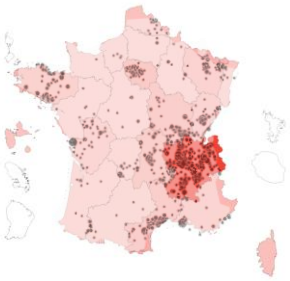
	Sondage	Référence nationale (24)
Lieu d'exercice - géographies		

Tableau 3 Biais sélection - lieu d'exercice

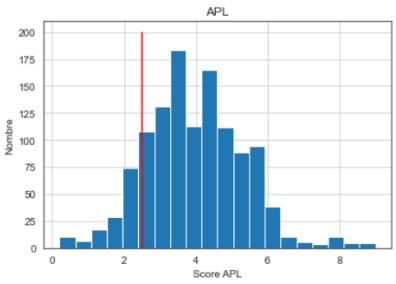
Lieu d'exercice - Désert médical	 • Dans un désert médical : 10% • Hors désert médical : 90%	11,6% pop avec APL < 2,5 Cf DREES 2017 (25)

Tableau 3 Biais sélection - lieux d'exercice

Age

Les ressources disponibles ne permettaient pas de faire la comparaison exacte entre catégories, néanmoins on peut observer une sous représentativité de la catégorie d'âge 56-74ans.

	Sondage	Référence nationale (23)
Age	• <40 ans : 37% • 40-55 ans : 31% • 56-74 ans : 31%	• <40 ans : 26% • 40-54 ans : 27% • 55-74 ans : 47%

Tableau 4 Biais sélection - âge

4.2.2 Biais de mesure

Afin de limiter le biais de mesure, la majeure partie des questions avaient une échappatoire : une catégorie « Autre » afin de ne pas biaiser les réponses, quitte à en diminuer la puissance.

Son utilisation a été plutôt négligeable en général, sauf pour les questions :

- Concernant les outils de téléconsultation. Un pourcentage non négligeable l'a utilisé, certains outils n'ont donc pas été explorés par l'étude. Le téléphone n'ayant pas été indiqué, il est possible que certaines réponses s'y rapportent.
- Pour les causes de refus d'utilisation de la téléconsultation. La catégorie « autre raison » (25%) est importante et n'a pas pu être captée

4.2.3 Puissance de l'étude

Le nombre des résultats est élevé comparativement aux autres études préalables. Cela permet d'avoir une plus forte puissance des différents tests statistiques et d'être plus confiants quant à la représentativité des données.

De plus ils ont été recueillis au moment même du confinement, il n'y a donc pas de biais de mémorisation.

4.3 Complément : étude qualitative

Nous avons réalisé par l'intermédiaire de deux questions ouvertes un recueil de résultats qualitatifs. Ces résultats ont fait l'objet d'une analyse annexe. Le nombre de répondants donne une puissance à

l'étude. Cependant, les règles classiques de construction d'une étude qualitative n'ayant pas été suivies (pas de double lecture indépendante), elle fait donc l'objet d'une simple ouverture renforçant les éléments de notre discussion.

Chaque réponse a été étudiée et des mots clés ont été rattachés aux réponses. Ensuite ces mots clés ont été classifiés pour catégoriser les réponses.

Le nombre de réponses par question est :

- Première question qualitative : 1102 réponses
- Deuxième question qualitative : 921 réponses

Les catégories mises en évidence lors de cette première lecture sont :

- Avantages et inconvénients de la téléconsultation
- Impact sur la relation médecin malade
- Ressentis engendrés par l'expérience
- Facteurs perçus comme modifiant l'activité de téléconsultation : cadre juridique, gratuité des logiciels, motifs de téléconsultation, habitude du médecin, adaptation du patient, rentabilisation du matériel mis en place, recours à la téléexpertise, outil de gestion de crise, respect déontologique, meilleure connaissance de la téléconsultation une fois forcé à l'utilisé, augmentation de l'activité dans le futur
- Vécu ressenti par le patient d'après la perception du médecin généraliste
- Définitions données à l'activité de téléconsultation
- Difficultés et limites rencontrées dans son utilisation
- Éléments d'adaptation et de développement possibles de la téléconsultation
- Type de motif médical abordé
- Encadrement futur.

Ces catégories font l'objet de multiples thèses qualitatives. On retiendra surtout que la téléconsultation s'est révélée être un complément d'activité dans la pratique médicale. Elle n'est pas adaptée à toute les pratiques ni à tous les motifs, mais a toute sa place dans la pratique si son encadrement est suffisant.

Nous relevons trois catégories qui pourraient être intéressantes à analyser lors d'une étude ultérieure :

- Les éléments d'adaptation et de développement possibles de la téléconsultation : outre la modernisation du matériel, l'harmonisation des plateformes d'utilisation et la règlementation de sa tarification, c'est surtout la formation et l'intervention d'une tierce personne à la téléconsultation qui est plébiscitée par les médecins interrogés pour faciliter l'examen clinique malgré la distance. La formation du paramédical à son utilisation ou même du patient à son propre examen est à discuter. On peut imaginer que l'essor des cabines de téléconsultation dépendra de la fiabilité des dispositifs et outils connectés mis à disposition.
- Le type de motif médical abordé en téléconsultation : ce point est particulièrement intéressant pour adapter au plus proche de la réalité du terrain l'activité de la téléconsultation. En indiquant précisément quels motifs sont d'intérêt pour une téléconsultation, on encadre cette activité et permet un gain de temps pour le patient comme pour le médecin. La mise en place d'un guide de sémiologie digitale aurait tout son intérêt dans l'accompagnement des médecins dans leur pratique de cette forme singulière de consultation.
- L'encadrement futur de la téléconsultation souhaité par les médecins interrogés : d'après notre étude il s'agirait d'appliquer la téléconsultation à une patientèle connue, de définir strictement sa tarification et de veiller à éclaircir son encadrement juridique en termes de responsabilité.

4.4 Conclusion avec perspectives du travail

Cette thèse aura permis de décrire l'usage de la téléconsultation au cours de l'épidémie. Elle a mis en évidence les différences quant à l'utilisation de cette pratique entre les différentes générations, et étudié l'impact de la caractéristique « désert médical ».

Il serait intéressant de réaliser une étude sur le ressenti des patients sur leur vécu de la téléconsultation. Cette étude ouvrirait des perspectives sur l'amélioration et la généralisation de l'activité de téléconsultation à la population.

Étudier l'avis des paramédicaux et leur expérience dans l'assistance des patients durant des téléconsultations pourrait permettre de mettre en évidence d'autres limites de cette pratique et d'aboutir par la suite à des formations permettant d'améliorer ces axes de travail.

5 Références

1. Article R6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934375

2. Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée. 16 sept 2020; Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf

3. Pelissie du Rausas F. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de l'épidémie de COVID-19 en région PACA. Université Aix-Marseille; 2021.

4. Meulebrouck M. Télémédecine dans les Hauts-de-France : avis, représentations des médecins généralistes et sources d'améliorations. 3 juin 2020 [cité 4 févr 2022];135. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02892460

5. Nadolny J, Rahuel C, Freyens A, Monlouis-Eugénie P, Université Toulouse 3 Paul Sabatier, Université Paul Sabatier (Toulouse), et al. La télémédecine, approches et propositions des médecins généralistes libéraux français: étude qualitative menée auprès de médecins généralistes libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées du mois de mai au mois d'août 2018. 2019.

6. Messon T. Quelle est la place des médecins généralistes dans le développement de la télémédecine? Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde [Thèse]. Université de Bordeaux U.F.R des sciences médicales; 2018.

7. Benaoujja F, Rousseau-Durand R, Aix-Marseille Université, Aix-Marseille Université, Faculté de médecine (2012-). Freins à l'utilisation de la cabine de téléconsultation: ressenti et perception des médecins généralistes dans le Var et ses environs. 2017.

8. Durupt M. La télémédecine en meuse et dans le sud-toulois perceptions et attentes des médecins généralistes. Université de Lorraine; 2016.

9. Dujour L. Téléconsultation : attentes et représentations de médecins généralistes en PACA [Thèse]. Faculté de Médecine de Marseille; 2015.

10. Mathieu S, Staccini P, Médecine U de N-SAF de. La téléconsultation: l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes : étude qualitative sur la représentation de la téléconsultation à partir de 15 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes des Alpes Maritimes [Internet]. 2012. Disponible sur: https://books.google.fr/books?id=qln0ngEACAAJ

11. Dire C. Raisons du retard au déploiement de la téléconsultation en médecine générale, Revue de la littérature de 2015 à 2020. Université de Poitiers; 2021.

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

13. Saint-Lary O, Gautier S, Le Breton J, Gilberg S, Frappé P, Schuers M, et al. How GPs adapted their practices and organisations at the beginning of COVID-19 outbreak: a French national observational survey. BMJ Open. 2 déc 2020;10(12):e042119.

14. Dibao-Dina C, Frappé P, Saint-Lary O, Pouchain D. Comment les médecins généralistes ont-ils pris la première vague ? Presse Médicale Form [Internet]. août 2021 [cité 4 févr 2022];2(3):255-8. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8287500/

15. Monziols M, Chaput H. Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale. DRESS Etudes et résultats. In 2020. p. p.1160. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201160%20COVID1%20medecins-generalistes%20BAT.pdf

16. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la

17. Didier M. Téléconsultation : l'opinion des médecins généralistes d'un territoire lorrain (Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes de Meuse et de la région de Toul). 2015.

18. Bouquet T. Téléconsultation : représentation et avis des médecins généralistes en Région Sud en 2019. 10 avr 2020 [cité 4 févr 2022];130. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116792

19. DGOS. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015

20. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2022 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/

21. Données sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. data.gouv; Disponible sur: https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-sur-lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl/

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

23. Démographie des professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

24. Nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.gen&s=2021&view=map8

25. VERGIER N. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES [Internet]. mai 2017;(17). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf

6 Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

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

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

7 Résumé

Introduction

Bouleversant nos rapports sociaux, l'épidémie de Covid-19 a imposé aux médecins généralistes de s'essayer à la téléconsultation, faisant de l'année 2020 l'an 0 de ce mode d'exercice. Cela a permis un retour d'expérience plus complet des médecins généralistes sur ce mode d'exercice ainsi qu'une meilleure représentativité de leurs perceptions.

Objectif

L'objectif principal est d'étudier et décrire l'organisation de l'activité de téléconsultation des médecins généralistes en France durant le premier confinement du 17 mars au 10 mai 2020, et de savoir si elle a répondu aux attentes du contexte épidémique. L'influence de l'âge ainsi que du caractère désert médical y sont étudiés.

Matériel et méthode

Ce travail est une étude descriptive transversale quantitative (univariée et bivariée). Les résultats sont issus d'un questionnaire de 22 questions (vingt questions quantitatives à choix multiples et deux questions qualitatives). Ces questions sont réparties en six parties :

- Données sociodémographiques de la population étudiée
- Activité médicale pendant la Covid
- Opinions sur le recours à la téléconsultation
- La téléconsultation en pratique
- Organisation future envisagée
- Questions à réponse libre.

Sont inclus les médecins généralistes de France (remplaçants compris), et exclus les médecins généralistes ayant exercé dans un service hospitalier, ainsi que ceux ayant répondu hors de la période du premier confinement.

Résultats et discussion

Presque tous les médecins se sont retrouvés face à une baisse de fréquentation (modérée à importante) et ont donc choisi d'exercer la téléconsultation pendant l'épidémie.

Elle a servi pour la quasi-totalité des motifs (et non plus que pour des explications d'examens ou renouvellements d'ordonnance). Même si certains comptent l'abandonner au sortir de l'épidémie, elle restera largement plus représentée que ce qu'elle ne l'était.

On observe une influence de l'âge des répondants sur la majeure partie des réponses. Même si la population plus âgée est moins encline à l'établissement de cette nouvelle activité, ils sont étonnamment plus réceptifs à son utilisation générale hors épidémie, et craignent moins les dérives potentielles. On peut aussi observer qu'une 'discrimination' était faite à l'encontre des patients âgés en début d'épidémie, qui a fortement diminué. Les patients ont donc globalement bien accueilli ce mode de fonctionnement.

La caractéristique « désert médical », en revanche, a été peu discriminante. Les rares réponses ou cela a été le cas ont été relatives au motif de la téléconsultation ou bien concernant l'impact du cadre juridique sur le futur de la pratique.

Introduction

The Covid-19 epidemic has forced general practitioners to try teleconsultation, making 2020 the year 0 of this mode of practice. This has allowed a more complete feedback from GPs on this mode of practice as well as a better representation of their perceptions.

Objective

The main objective is to study and describe the organization of the teleconsultation activity of general practitioners in France during the first containment from March 17 to May 10, 2020, and to know if it met the expectations of the epidemic context. The influence of age as well as the medical desert characteristics are studied.

Material and method

This work is a quantitative cross-sectional descriptive study (univariate and bivariate). The results are based on a 22-question survey (twenty quantitative multiple-choice questions and two qualitative questions). These questions are divided into six parts:

- Sociodemographic data of the study population
- Medical activity during the Covid
- Opinions on the use of teleconsultation
- Teleconsultation in practice
- Considered future organization
- Free response questions.

General practitioners in France were included (including substitute doctors), and general practitioners who worked in a hospital department were excluded, as were those who responded outside the period of the first confinement.

Results and discussion

Almost all physicians were faced with a decrease in attendance (moderate to significant) and therefore chose to practice teleconsultation during the epidemic.

It was used for almost all reasons (and not only for examination explanations or prescription renewals). Even if some practitioners intend to abandon it at the end of the epidemic, it will remain largely more represented than it was.

The age of respondents influenced the majority of responses. Even if the older population is less inclined to the establishment of this new activity, they are surprisingly more receptive to its general use outside the epidemic, and less fearful of the potential drifts. It can also be observed that a « discrimination » was made against elderly patients at the beginning of the epidemic, which has strongly decreased. Patients have therefore generally welcomed this mode of operation.

The "medical desert" characteristic, on the other hand, was not very discriminating. The rare responses where this was the case were related to the teleconsultation topics or to the impact of the legal framework on the future of the practice.

Mots-clés :

Consultation à distance, Télémédecine, Digital Consultation, Telehealth and general practitioner, Telehealth and primary health care, Triage/methods, Telephone consultation / Telephone Triage, videoconferencing

8 Annexes

8.1 Questionnaire

Questions 1 – 5 : Données sociodémographiques de la population étudiée

Votre sexe ◯ Femme ◯ Homme	Votre age ◯ Moins de 40 ans (génération Y) ◯ 40-55 ans (génération X) ◯ 56-74 ans (baby-boomer) ◯ Plus de 74 ans	Votre mode d'exercice ☐ Seul en cabinet ☐ En cabinet de groupe ☐ En maison de santé pluridisciplinaire ☐ Structure hospitalière ou équivalent ☐ Activité de remplacement
Le code postal de votre lieu d'exercice Your answer	Votre temps de travail hebdomadaire habituel ◯ 1 à 6 demi-journées ◯ 7 à 10 demi-journées ◯ Plus de 11 demi-journées	

Question 6

Les capacités d'accueil et de prise en charge des cas suspects de covid-19 mises en place dans votre cabinet

- ☐ Plage horaire dédiée pour recevoir des patients avec toux +/- fièvre
- ☐ Lieu dédié pour isoler les patients avec toux +/-fièvre
- ☐ Matériel nécessaire à votre protection (gants, SHA et masques en quantité suffisante et utilisés en accord avec les protocoles définis)
- ☐ Visite à domicile pour le suivi de patients présentant toux +/- fièvre
- ☐ Suivi par téléphone de patients présentant toux +/- fièvre
- ☐ Aucune de ces propositions

Question 7

Votre état de santé DURANT l'épidémie

- ☐ Vous présentez des facteurs de risque de développer une forme grave de Covid-19
- ☐ Vous avez été testé positif pour le SARS-CoV-2 au cours de l'épidémie
- ☐ Votre état de santé est compatible avec la poursuite de votre activité
- ☐ Vous avez fermé votre cabinet pour d'autres raisons

Question 8

Quel niveau de fréquentation du cabinet connaissez vous DURANT l'épidémie?

- ☐ Hausse de fréquentation
- ☐ Niveau habituel de fréquentation
- ☐ Baisse modérée de fréquentation (environ 2 fois moins de patients)
- ☐ Baisse importante de fréquentation (plus de 2 fois moins de patients)

Question 9

Si vous n'aviez aucune activité de téléconsultation AVANT l'épidémie de Covid-19, pourquoi?

- ☐ Par manque de formation au numérique ou difficultés en informatique
- ☐ Pour des raisons économiques
- ☐ Par peur de faire une erreur de diagnostic du fait de l'absence d'examen clinique ou de voir votre responsabilité engagée à tort
- ☐ Par manque de temps pour organiser cette activité dans votre emploi du temps
- ☐ Parce que votre patientèle ne vous semble pas adaptée à cette pratique
- ☐ Autre raison

Questions 10-11-12

Depuis l'épidémie de Covid-19 avez vous eu recours à la téléconsultation?

- ○ Oui
- ○ Non

Si NON, c'est parce que vous pensez :

- ☐ Qu'elle ne vous est pas utile pour gérer l'épidémie actuelle
- ☐ Que votre patientèle n'est pas formée à cette technologie
- ☐ Que vous n'êtes pas assez bien formé au numérique
- ☐ Que l'activité est trop chronophage
- ☐ Que vous n'avez pas le matériel nécessaire ou que votre connexion internet est mauvaise
- ☐ Qu'il y a un risque trop grand de dérive de l'activité (de la part du patient et du médecin)
- ☐ Autre raison

Si OUI, c'est parce que :

- ☐ Vous utilisiez déjà la téléconsultation avant l'épidémie
- ☐ Vous avez peur de contaminer vos patients et / ou d'être contaminés vous même
- ☐ Votre cabinet a connu une baisse de fréquentation
- ☐ Des logiciels de téléconsultation ont été mis à disposition gratuitement
- ☐ Vous avez reçu une formation à cette technologie
- ☐ Les conditions de réalisation ont été assouplies par le gouvernement
- ☐ Vous avez la possibilité d'avoir plus rapidement un avis de second recours
- ☐ Autre raison

Questions 13-14

Quel outil de téléconsultation avez vous utilisé?

	Avant l'épidémie	Durant l'épidémie	Envisagé après l'épidémie
Aucun outil	☐	☐	☐
Logiciel de téléconsultation ou plateforme web	☐	☐	☐
Whatsapp	☐	☐	☐
Facetime	☐	☐	☐
Skype	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐

Votre activité de téléconsultation

	Avant l'épidémie	Durant l'épidémie	Envisagée après l'épidémie
Aucune	☐	☐	☐
Seule activité réalisée	☐	☐	☐
Plages horaires dédiées quotidiennes	☐	☐	☐
Plages horaires dédiées hebdomadaires	☐	☐	☐
Avec capacité de prise de rdv en ligne par les patients	☐	☐	☐
Utilisation de la téléconsultation depuis votre domicile	☐	☐	☐
Facturation des appels téléphoniques comme de la téléconsultation	☐	☐	☐

Question 15

Objet de votre activité de téléconsultation

	Avant l'épidémie	Durant l'épidémie	Envisagée après l'épidémie
Activité de tri et de régulation des patients présentant toux+/- fièvre	☐	☐	☐
Suivi de patients suspects ou confirmés de Covid-19	☐	☐	☐
Suivi psychiatrique pour cause de confinement ou de patients avec ATCD psychiatriques	☐	☐	☐
Renouvellement d'ordonnance	☐	☐	☐
Traitement de pathologie aigue de médecine générale (angine, gastroentérite, infection urinaire, dermatologie etc.)	☐	☐	☐
Suivi de patients souffrant d'ALD	☐	☐	☐
Rédaction d'arrêt de travail	☐	☐	☐
Téléconsultation de patients appartenant à votre patientèle	☐	☐	☐
Téléconsultation de nouveaux patients	☐	☐	☐
Téléconsultation avec assistance d'un tiers paramédical pour prise des constantes	☐	☐	☐
Téléconsultation avec recours à un spécialiste par télé-expertise	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐

Question 16

A quelle(s) tranche(s) d'âge proposez-vous votre activité de téléconsultation (hors appel téléphonique et hors aide d'une tierce personne)?

	Avant l'épidémie	Durant l'épidémie	Envisagée après l'épidémie
A toute tranche d'âge sans distinction	☐	☐	☐
Moins de 18 ans (avec leurs parents)	☐	☐	☐
18 à 39 ans (génération Y)	☐	☐	☐
40 à 55 ans (génération X)	☐	☐	☐
56 à 74 ans (baby-boomer)	☐	☐	☐
Jamais aux patients de plus de 70 ans	☐	☐	☐
Jamais aux patients de plus de 80 ans	☐	☐	☐
Jamais aux patients de plus de 90 ans	☐	☐	☐

Question 17

Quelle(s) limite(s) rencontrez vous actuellement dans votre activité de téléconsultation?

- ☐ Aucune limite
- ☐ Un manque de formation au numérique ou de matériel informatique de votre patientèle
- ☐ Des problèmes de réseau ou de technologie dans votre cabinet
- ☐ Des limites dans les fonctionnalités proposées par votre outil de téléconsultation
- ☐ Des difficultés à poser un diagnostic sans examen clinique
- ☐ Des difficultés à mettre fin à votre entretien durant une téléconsultation
- ☐ Une activité très chronophage d'un point de vue administratif
- ☐ Autre limite

Question 18-19

L'activité FUTURE de téléconsultation que vous envisagez d'avoir après l'épidémie :

	Si application du cadre juridique d'AVANT l'épidémie	Si application du cadre juridique DURANT l'épidémie (prise en charge à 100%, pas d'obligation de suivi du patient dans les 12 mois précédents)
Vous arrêterez votre activité de téléconsultation	☐	☐
Vous conserverez des plages horaires dédiées quotidiennement	☐	☐
Vous conserverez des plages horaires dédiées de façon hebdomadaire	☐	☐
Vous continuerez votre activité seulement si l'outil de téléconsultation est gratuit	☐	☐
Vous opterez pour une possibilité de prise de rdv directement par le patient	☐	☐
Autre	☐	☐

Êtes vous favorable au retour de l'obligation d'avoir suivi un patient dans les 12 mois pour pouvoir effectuer une téléconsultation?

◯ Oui

◯ Non

Êtes vous favorable à ce que les appels téléphoniques restent côtés comme des actes de téléconsultation APRÈS l'épidémie?

◯ Oui

◯ Non

Questions qualitatives (20-21)

Pensez vous que le recours à la téléconsultation dans le quotidien des médecins généralistes sera différent après l'épidémie? Pourquoi?	Votre avis, votre expérience et vos questions en lien avec la téléconsultation?
Your answer	Your answer

8.2 Compléments de résultats

8.2.1 Démographie, caractéristiques de la population étudiée

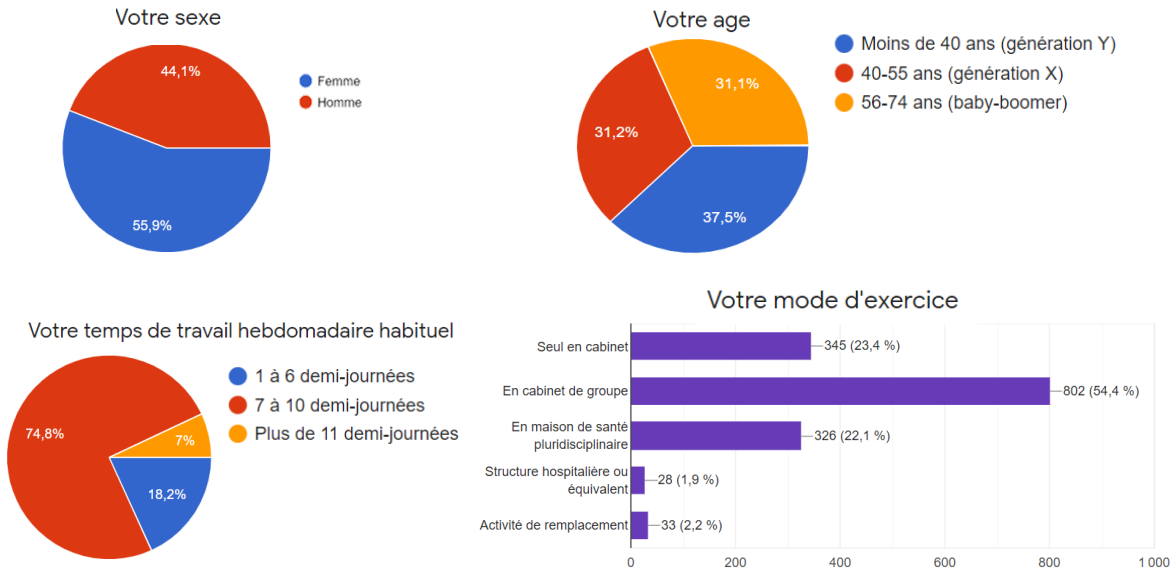


Figure 10 Démographie - compléments

8.2.2 Activité médicale pendant la Covid

8.2.2.1 Fréquentation du cabinet

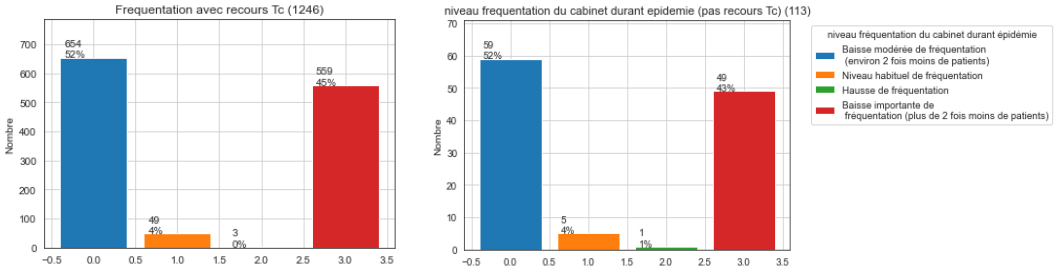


Figure 11 Fréquentation du cabinet - compléments

Note : P_{value} = 0.65 (non significatif)

8.2.2.2 L'état de santé des médecins généralistes

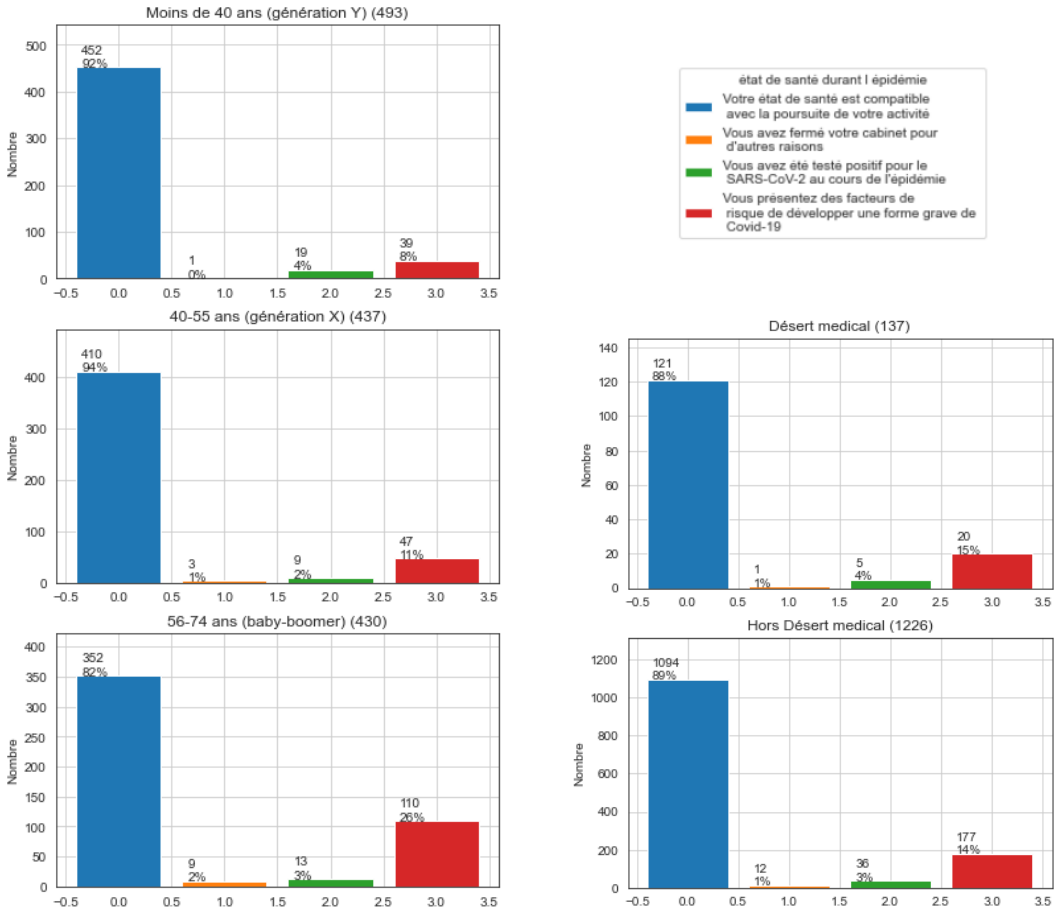


Figure 12 Etat de santé des médecins - compléments

P value, variable explicative : Age	P value, variable explicative : Désert médical

<u>Résultats significatifs :</u> - Vous présentez des facteurs de risque de développer une forme grave de Covid-19, p_{value} = 0.000 - Votre état de santé est compatible avec la poursuite de votre activité, p_{value} = 0.000 - Vous avez fermé votre cabinet pour d'autres raisons, p_{value} = 0.010 <u>Résultats non significatifs :</u> - Vous avez été testé positif pour le SARS-CoV-2 au cours de l'épidémie, p_{value} = 0.279	<u>Résultats significatifs :</u> Aucun <u>Résultats non significatifs :</u> - Vous présentez des facteurs de risque de développer une forme grave de Covid-19, p_{value} = 0.959 - Votre état de santé est compatible avec la poursuite de votre activité, p_{value} = 0.745 - Vous avez été testé positif pour le SARS-CoV-2 au cours de l'épidémie, p_{value} = 0.643 - Vous avez fermé votre cabinet pour d'autres raisons, p_{value} = 0.776

Tableau 5 Etat de santé des médecins – pvalues

8.2.2.3 Capacite d'accueil / Modifications réalisées pour faire face à la Covid

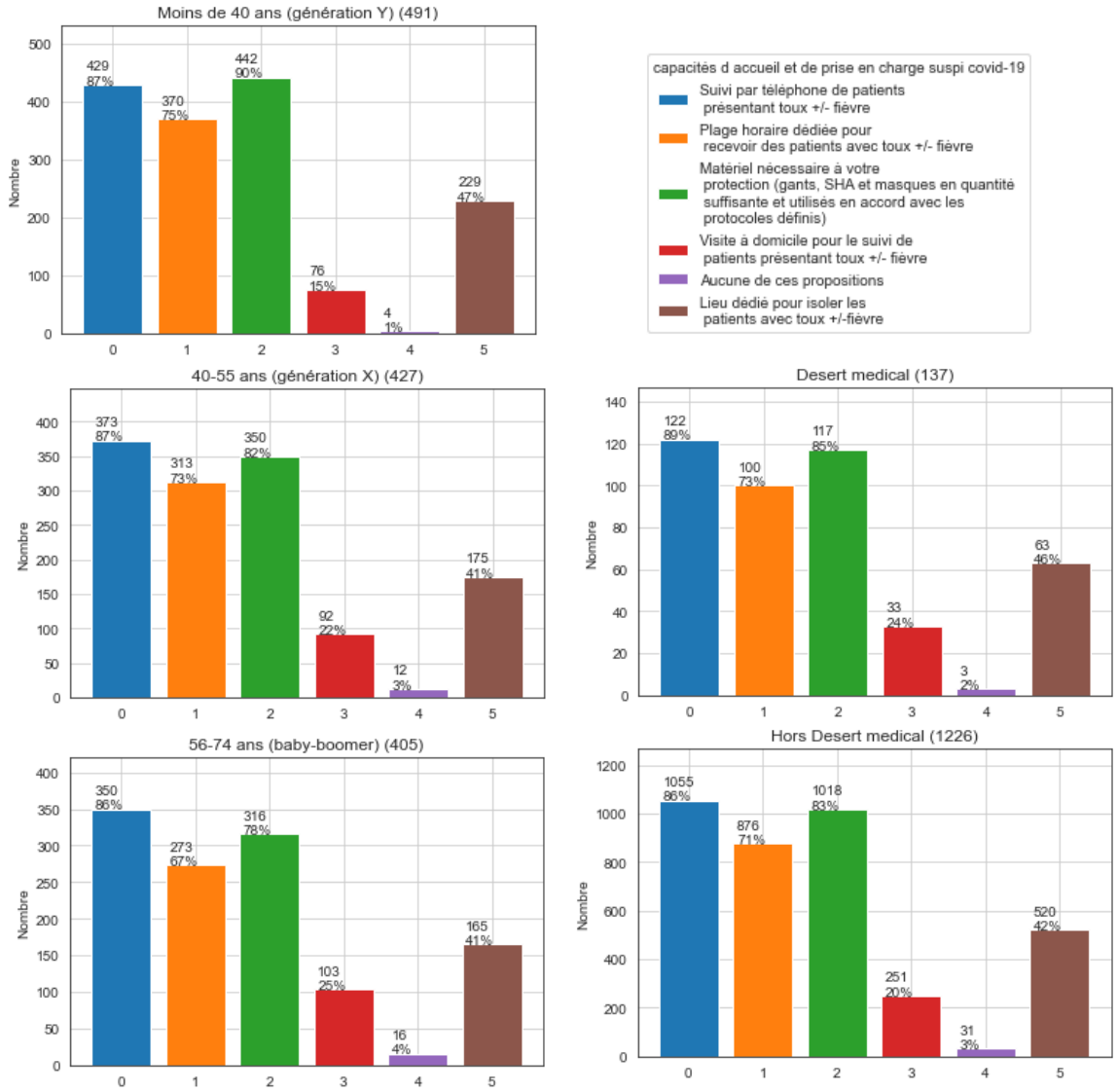


Figure 13 Capacités d'accueil - compléments

P value, variable explicative : Age	P value, variable explicative : Désert médical
<u>Résultats significatifs :</u> - Plage horaire dédiée pour recevoir des patients avec toux +/- fièvre, p_{value} = 0.026 - Matériel nécessaire à votre protection (gants, SHA et masques en quantité suffisante et utilisés en accord avec les protocoles définis), p_{value} = 0.000 - Visite à domicile pour le suivi de patients présentant toux +/- fièvre, p_{value} = 0.001 - Aucune de ces propositions, p_{value} = 0.008 <u>Résultats non significatifs :</u> - Suivi par téléphone de patients présentant toux +/- fièvre, p_{value} = 0.895 - Lieu dédié pour isoler les patients avec toux +/- fièvre, p_{value} = 0.122	<u>Résultats significatifs</u> : Aucun <u>Résultats non significatifs</u> : - Suivi par téléphone de patients présentant toux +/- fièvre, p_{value} = 0.332 - Plage horaire dédiée pour recevoir des patients avec toux +/- fièvre, p_{value} = 0.704 - Matériel nécessaire à votre protection (gants, SHA et masques en quantité suffisante et utilisés en accord avec les protocoles définis), p_{value} = 0.481 - Visite à domicile pour le suivi de patients présentant toux +/- fièvre, p_{value} = 0.323 - Aucune de ces propositions, p_{value} = 0.809 - Lieu dédié pour isoler les patients avec toux +/- fièvre, p_{value} = 0.423

Tableau 6 Capacités d'accueil - pvalues

8.2.2.4 Recours ou Refus de recours à la téléconsultation

Réponses à la question : 'depuis l'épidémie de covid19, avez-vous eu recours à la téléconsultation' ?

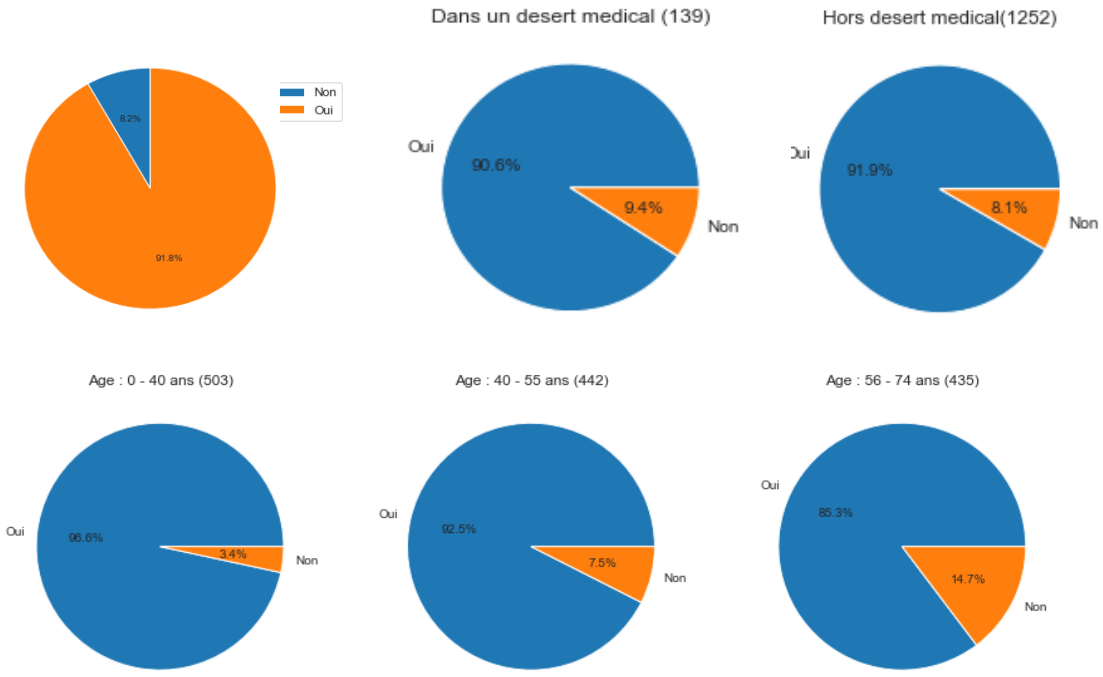


Figure 14 Recours à la TC - compléments

Note :

- Age comme variable discriminative : P_{value} = 0. 0077 (significatif)
- Désert médical comme variable discriminative p_{value} = 0.78 (> 0,05, différence non significative)

8.2.3 Opinions sur le recours à la téléconsultation

8.2.3.1 Facteurs clés ayant favorisé l'activité de téléconsultation

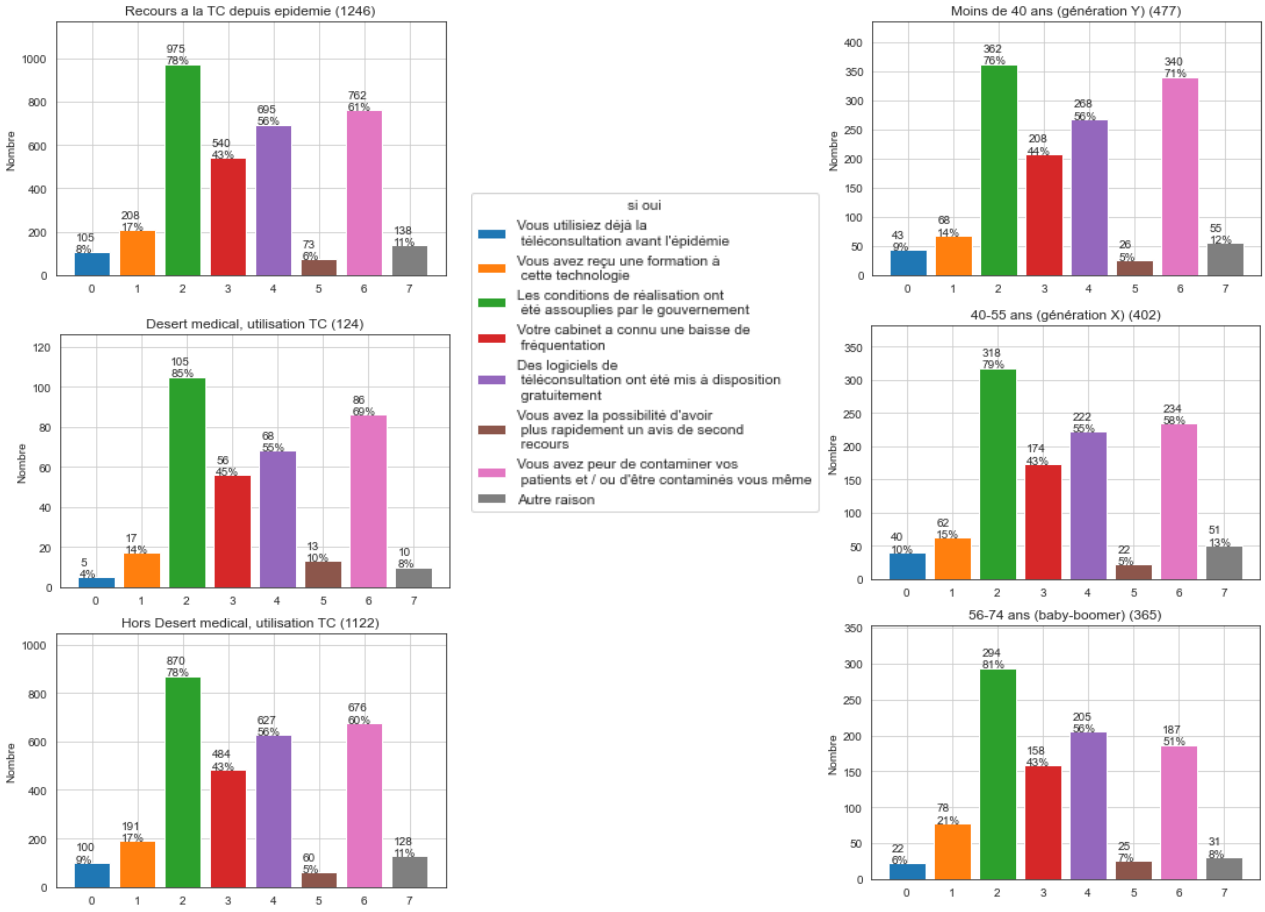


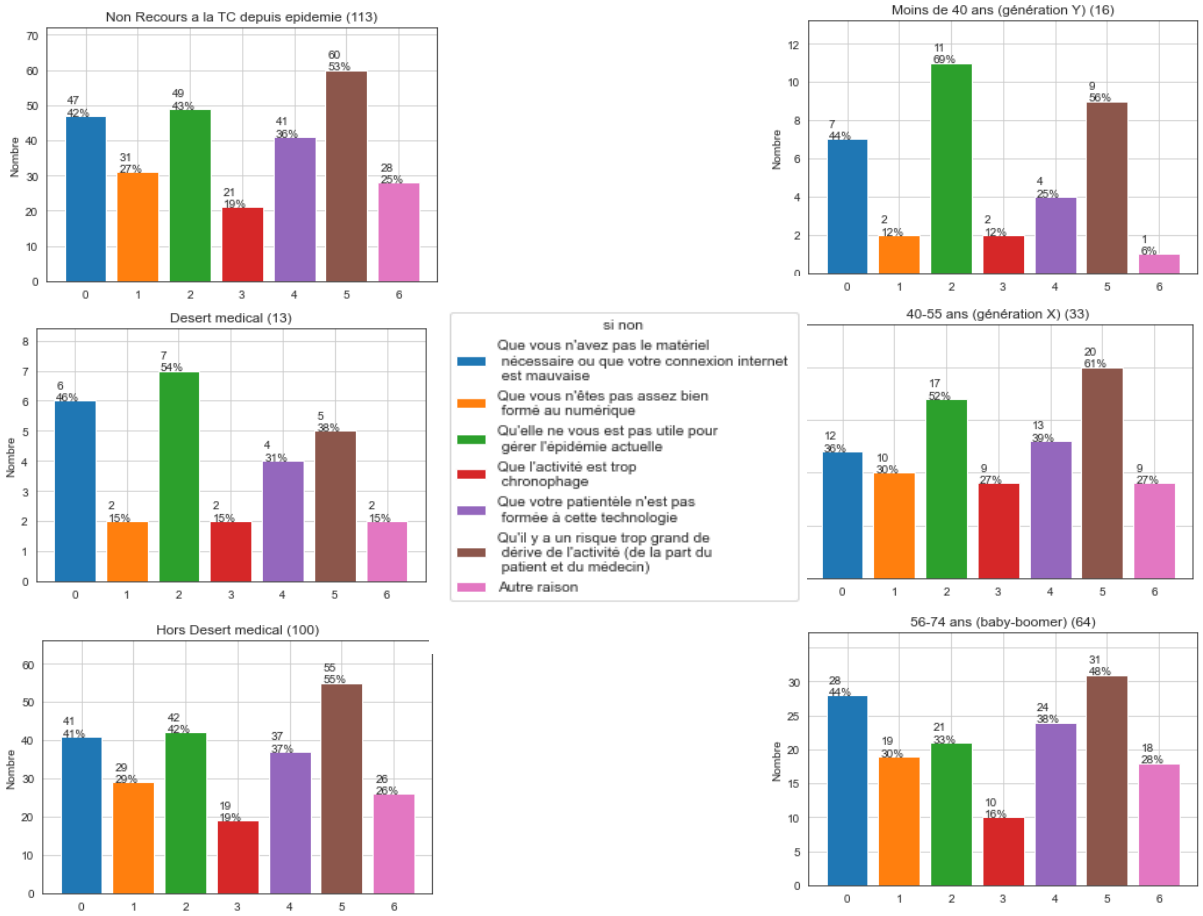
Figure 15 Facteurs clés favorisant la téléconsultation - compléments

Note : données filtrées gardant uniquement les personnes ayant eu recours a la téléconsultation

P value, variable explicative : Age	P value, variable explicative : Désert médical
<u>Résultats significatifs :</u> - Vous avez reçu une formation à cette technologie, p_{value} = 0.016 - Vous avez peur de contaminer vos patients et / ou d'être contaminés vous-même, p_{value} = 0.000 <u>Résultats non significatifs :</u> - Vous utilisiez déjà la téléconsultation avant l'épidémie, p_{value} = 0.126 - Les conditions de réalisation ont été assouplies par le gouvernement, p_{value} = 0.238 - Votre cabinet a connu une baisse de fréquentation, p_{value} = 0.994 - Des logiciels de téléconsultation ont été mis à disposition gratuitement, p_{value} = 0.951 - Vous avez la possibilité d'avoir plus rapidement un avis de second recours, p_{value} = 0.637 - Autre raison, p_{value} = 0.162	<u>Résultats significatifs :</u> - Vous avez la possibilité d'avoir plus rapidement un avis de second recours, p_{value} = 0.021 - Vous avez peur de contaminer vos patients et / ou d'être contaminés vous-même, p_{value} = 0.048 <u>Résultats non significatifs :</u> - Vous utilisiez déjà la téléconsultation avant l'épidémie, p_{value} = 0.063 - Vous avez reçu une formation à cette technologie, p_{value} = 0.348 - Les conditions de réalisation ont été assouplies par le gouvernement, p_{value} = 0.068 - Votre cabinet a connu une baisse de fréquentation, p_{value} = 0.666 - Des logiciels de téléconsultation ont été mis à disposition gratuitement, p_{value} = 0.824 - Autre raison, p_{value} = 0.260

Tableau 7 Facteurs clés favorisant – p_{values}

8.2.3.2 Facteurs clés ayant engendré le refus de la téléconsultation



Note : données filtrées gardant uniquement les personnes n'ayant pas eu recours à la téléconsultation

P $_{value}$, variable explicative: Age	P $_{value}$, variable explicative : Désert médical
<u>Résultats significatifs :</u> - Qu'elle ne vous est pas utile pour gérer l'épidémie actuelle, p_{value} = 0.018 (fisher 0,017) <u>Résultats non significatifs :</u> - Que vous n'avez pas le matériel nécessaire ou que votre connexion internet est mauvaise, p_{value} = 0.769 (fisher 0,8) - Que vous n'êtes pas assez bien formé au numérique, p_{value} = 0.351 (fisher 0,38) - Que l'activité est trop chronophage, p_{value} = 0.300 (fisher 0,32) - Que votre patientèle n'est pas formée à cette technologie, p_{value} = 0.589 (fisher 0,6)	<u>Résultats significatifs :</u> Aucun <u>Résultats non significatifs :</u> - Que vous n'avez pas le matériel nécessaire ou que votre connexion internet est mauvaise, p_{value} = 0.723 - Que vous n'êtes pas assez bien formé au numérique, p_{value} = 0.301 - Qu'elle ne vous est pas utile pour gérer l'épidémie actuelle, p_{value} = 0.417 - Que l'activité est trop chronophage, p_{value} = 0.753 - Que votre patientèle n'est pas formée à cette technologie, p_{value} = 0.660

- Qu'il y a un risque trop grand de dérive de l'activité (de la part du patient et du médecin), p_{value} = 0.504 (fisher 0,54) - Autre raison, p_{value} = 0.179 (fisher 0,18)	- Qu'il y a un risque trop grand de dérive de l'activité (de la part du patient et du médecin), p_{value} = 0.261 - Autre raison, p_{value} = 0.404

Tableau 8 Facteurs non recours - p_{values}

8.2.3.3 Difficultés / limites rencontrées durant l'activité de téléconsultation

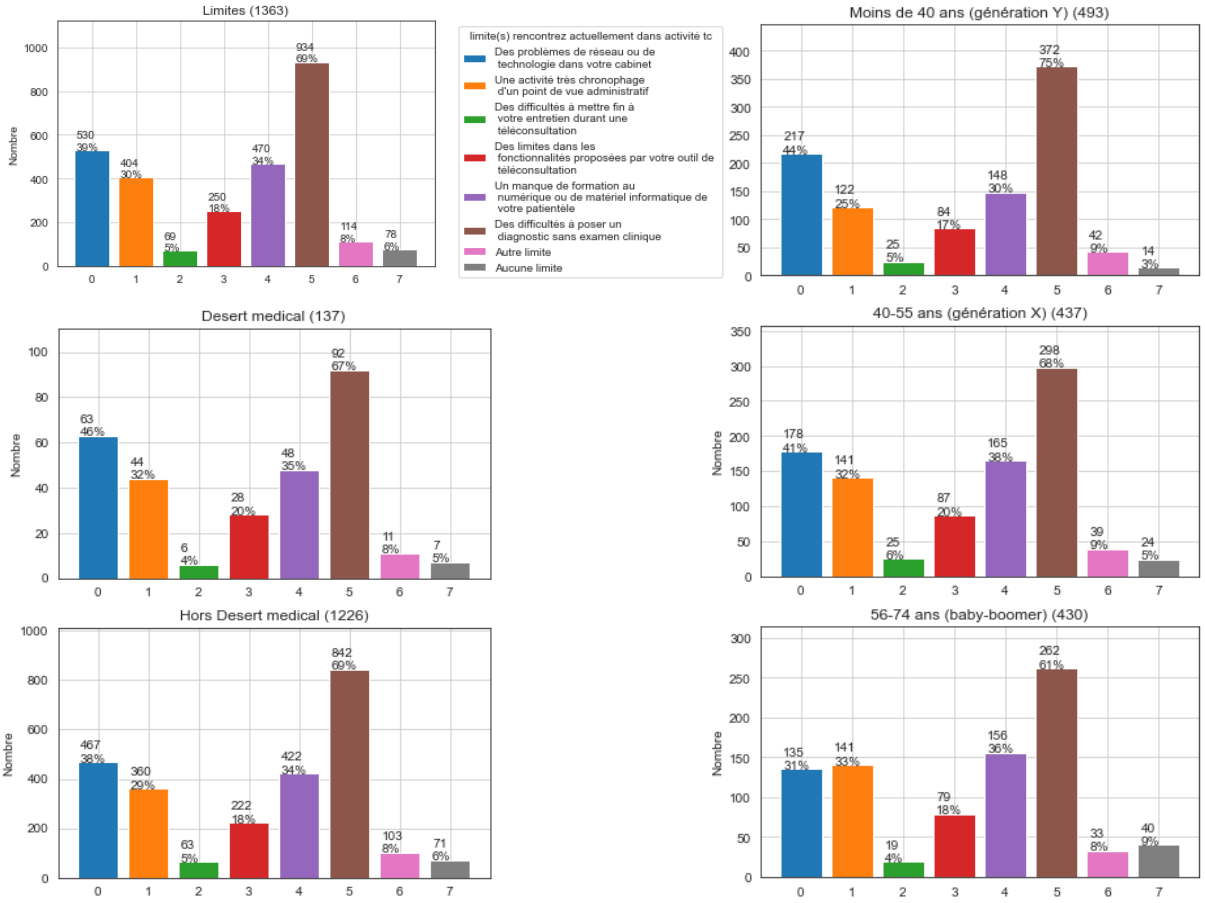


Figure 16 Limites rencontrées - compléments

P value, variable explicative : Age	P value, variable explicative : Désert médical
<u>Résultats significatifs :</u> - Des problèmes de réseau ou de technologie dans votre cabinet, p_{value} = 0.000 - Une activité très chronophage d'un point de vue administratif, p_{value} = 0.010 - Un manque de formation au numérique ou de matériel informatique de votre patientèle, p_{value} = 0.030 - Des difficultés à poser un diagnostic sans examen clinique, p_{value} = 0.000 - Aucune limite, p_{value} = 0.000 <u>Résultats non significatifs :</u>	<u>Résultats significatifs</u> : Aucun <u>Résultats non significatifs :</u> - Des problèmes de réseau ou de technologie dans votre cabinet, p_{value} = 0.072 - Une activité très chronophage d'un point de vue administratif, p_{value} = 0.503 - Des difficultés à mettre fin à votre entretien durant une téléconsultation, p_{value} = 0.701 - Des limites dans les fonctionnalités proposées par votre outil de téléconsultation, p_{value} = 0.504 - Un manque de formation au numérique ou de matériel informatique de votre patientèle, p_{value} = 0.886

- Des difficultés à mettre fin à votre entretien durant une téléconsultation, p_{value} = 0.683 - Des limites dans les fonctionnalités proposées par votre outil de téléconsultation, p_{value} = 0.529 - Autre limite, p_{value} = 0.795	- Des difficultés à poser un diagnostic sans examen clinique, p_{value} = 0.715 - Autre limite, p_{value} = 0.881 - Aucune limite, p_{value} = 0.745

Tableau 9 Limites rencontrées - p_{values}

8.2.4 La téléconsultation en pratique

Note : La période « d'après » est celle envisagée par les médecins généralistes, mais non connue d'eux au moment de leur réponse au questionnaire.

8.2.4.1 Activité de téléconsultation

Pendant l'épidémie :

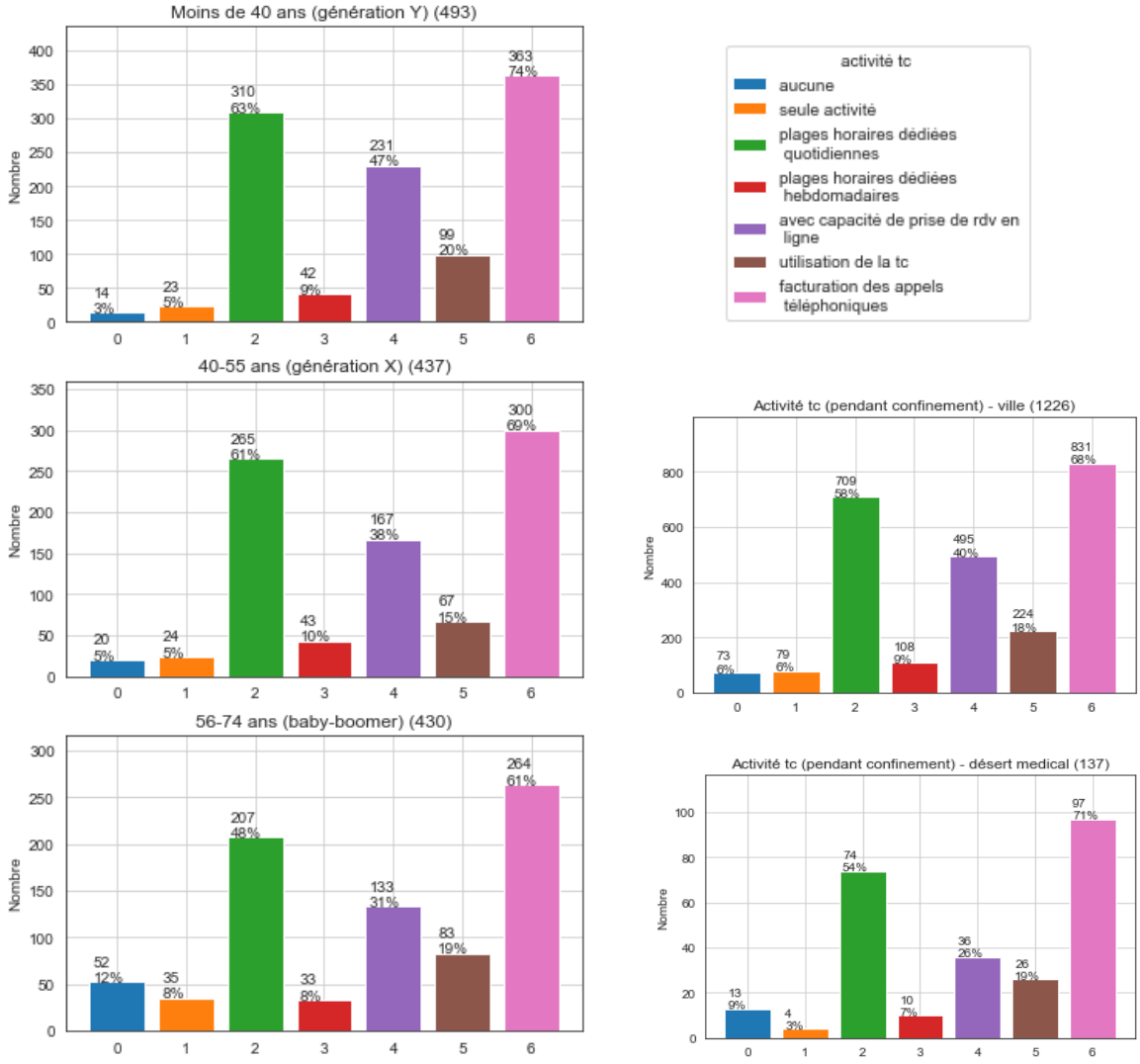


Figure 17 Activité de téléconsultation - compléments

P $_{value}$, variable explicative : Age Filtrée durant l'épidémie	P $_{value}$, variable explicative : Désert médical Filtrée durant l'épidémie

<u>Résultats significatifs :</u> - aucune , p_{value} = 0.000 - plages horaires dédiées quotidiennes, p_{value} = 0.000 - avec capacité de prise de rdv en ligne, p_{value} = 0.000 - facturation des appels téléphoniques, p_{value} = 0.000 <u>Résultats non significatifs :</u> - seule activité, p_{value} = 0.073 - plages horaires dédiées hebdomadaires, p_{value} = 0.520 - utilisation de la tc, p_{value} = 0.142	<u>Résultats significatifs :</u> - avec capacité de prise de rdv en ligne, p_{value} = 0.001 <u>Résultats non significatifs</u> : - aucune , p_{value} = 0.107 - seule activité, p_{value} = 0.102 - plages horaires dédiées quotidiennes, p_{value} = 0.392 - plages horaires dédiées hebdomadaires, p_{value} = 0.551 - utilisation de la téléconsultation, p_{value} = 0.839 - facturation des appels téléphoniques, p_{value} = 0.472

Tableau 10 Activité de téléconsultation - p_{values}

8.2.4.2 Objet de la téléconsultation

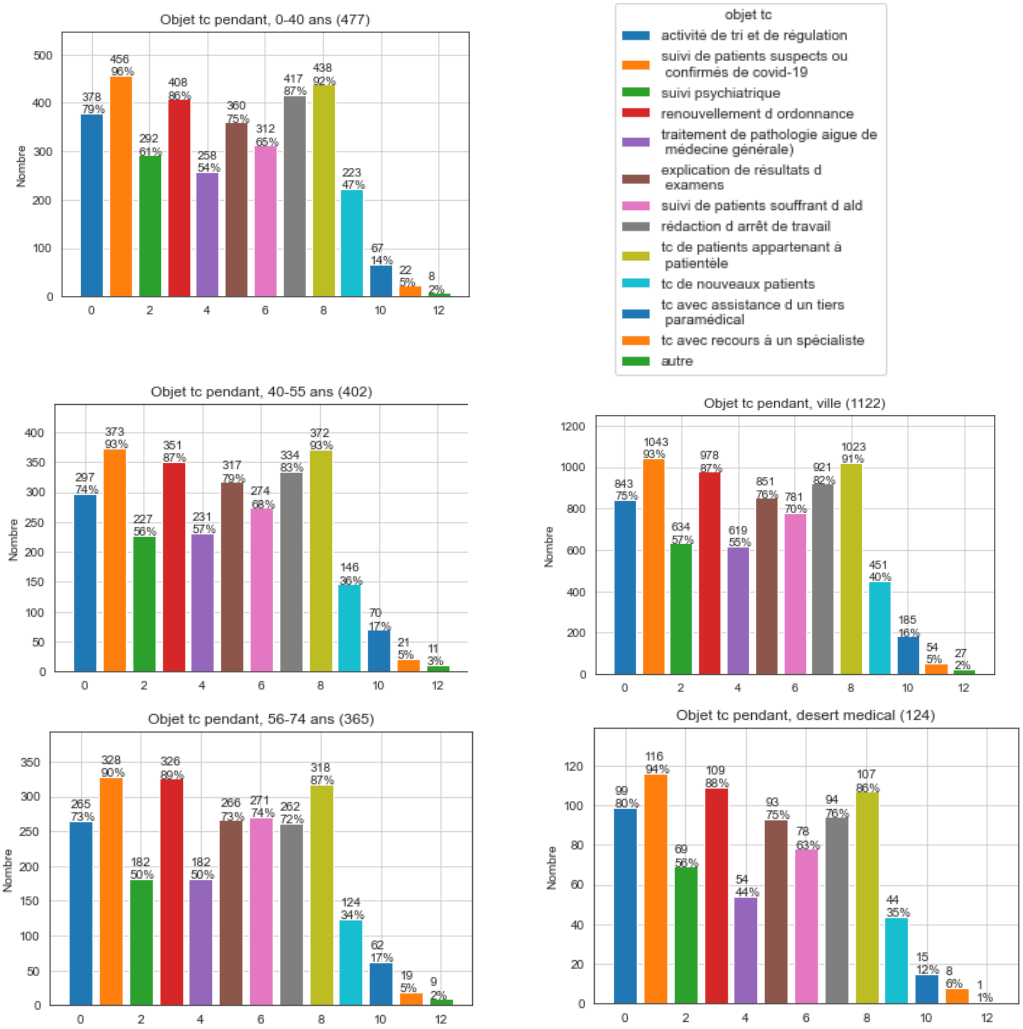


Figure 18 Objet TC - compléments

P $_{value}$, variable explicative : Age NOTE : filtré sur ceux qui on eu recours à la téléconsultation	P $_{value}$, variable explicative : Désert médical NOTE : filtré sur ceux qui on eu recours à la téléconsultation
Résultats significatifs : - suivi de patients suspects ou confirmés de covid-19, p_{value} = 0.005 - suivi psychiatrique , p_{value} = 0.004 - suivi de patients souffrant d ald, p_{value} = 0.021 - rédaction d arrêt de travail, p_{value} = 0.000 - téléconsultation de patients appartenant à patientèle, pvalue = 0.020 - téléconsultation de nouveaux patients, pvalue = 0.000 Résultats non significatifs : - activité de tri et de régulation, pvalue = 0.054 - renouvellement d ordonnance, pvalue = 0.265 - traitement de pathologie aigue de médecine générale), pvalue = 0.108 - explication de résultats d examens, pvalue = 0.151 - téléconsultation avec assistance d un tiers paramédical , pvalue = 0.330 - téléconsultation avec recours à un spécialiste, pvalue = 0.893 - autre, pvalue = 0.543	Résultats significatifs : - traitement de pathologie aigue de médecine générale), p_{value} = 0.014 Résultats non significatifs : - activité de tri et de régulation, p_{value} = 0.247 - suivi de patients suspects ou confirmés de covid-19, pvalue = 0.807 - suivi psychiatrique , pvalue = 0.854 - renouvellement d ordonnance, pvalue = 0.815 - explication de résultats d examens, pvalue = 0.835 - suivi de patients souffrant d ald, pvalue = 0.126 - rédaction d arrêt de travail, pvalue = 0.088 - téléconsultation de patients appartenant à patientèle, pvalue = 0.076 - téléconsultation de nouveaux patients, pvalue = 0.309 - téléconsultation avec assistance d un tiers paramédical , pvalue = 0.206 - téléconsultation avec recours à un spécialiste, pvalue = 0.426 - autre, pvalue = 0.254

Tableau 11 Objet de TC - p_{values}

8.2.4.3 Outil de la téléconsultation

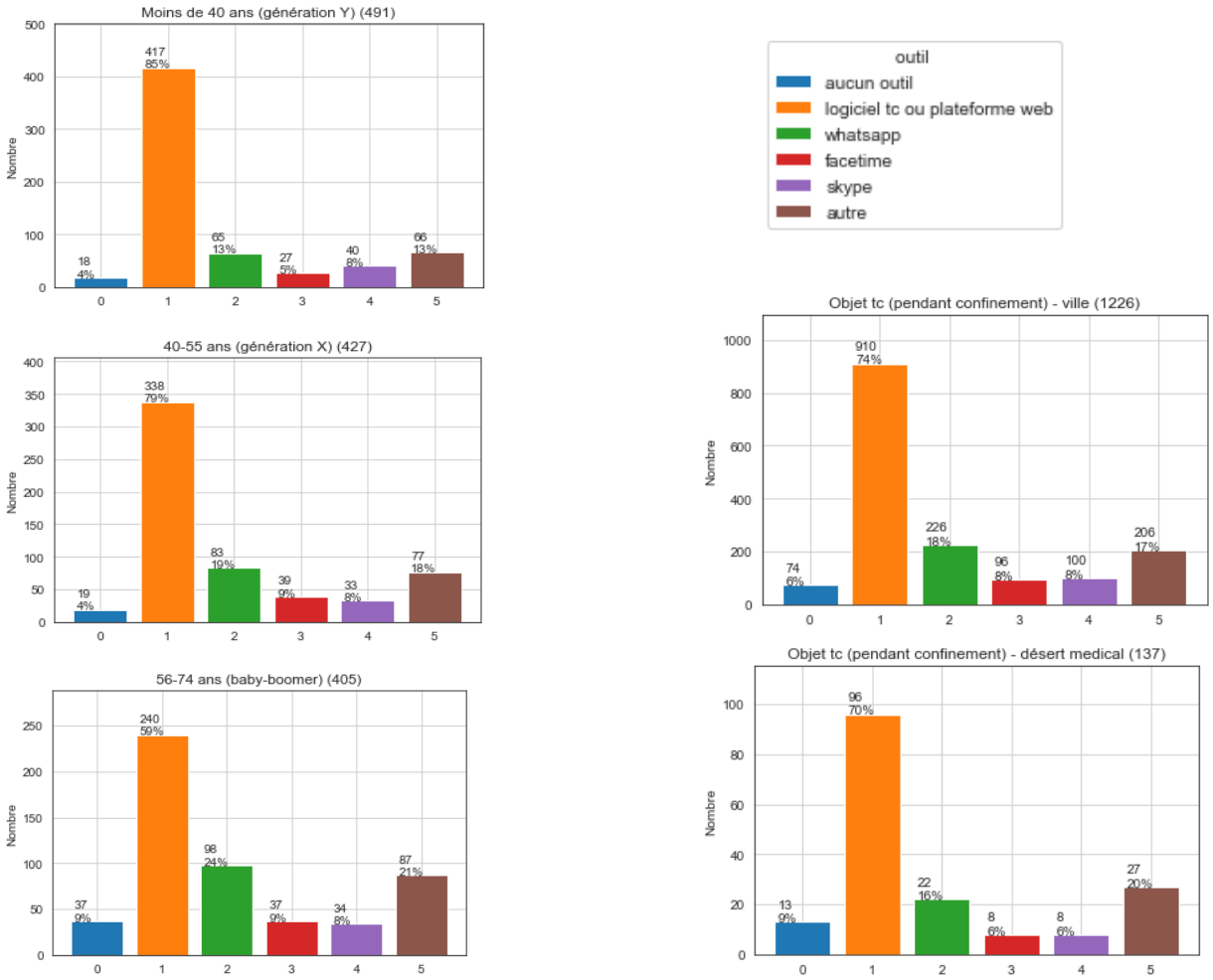


Figure 19 Outils de téléconsultation - compléments

P value, variable explicative: Age	P value, variable explicative : Désert médical
<u>Résultats significatifs :</u> - aucun outil , p_{value} = 0.001 - logiciel téléconsultation ou plateforme web, p_{value} = 0.000 - whatsapp, p_{value} = 0.000 - autre, p_{value} = 0.006 <u>Résultats non significatifs :</u> - facetime, p_{value} = 0.058 - skype, p_{value} = 0.938	<u>Résultats significatifs</u> : Aucun <u>Résultats non significatifs :</u> - aucun outil , p_{value} = 0.117 - logiciel tc ou plateforme web, p_{value} = 0.294 - whatsapp, p_{value} = 0.494 - facetime, p_{value} = 0.405 - skype, p_{value} = 0.341 - autre, p_{value} = 0.392

Tableau 12 Outils de téléconsultation - p_{values}

8.2.5 Futur envisagé de la téléconsultation par les médecins généralistes répondants

8.2.5.1 Cadre juridique

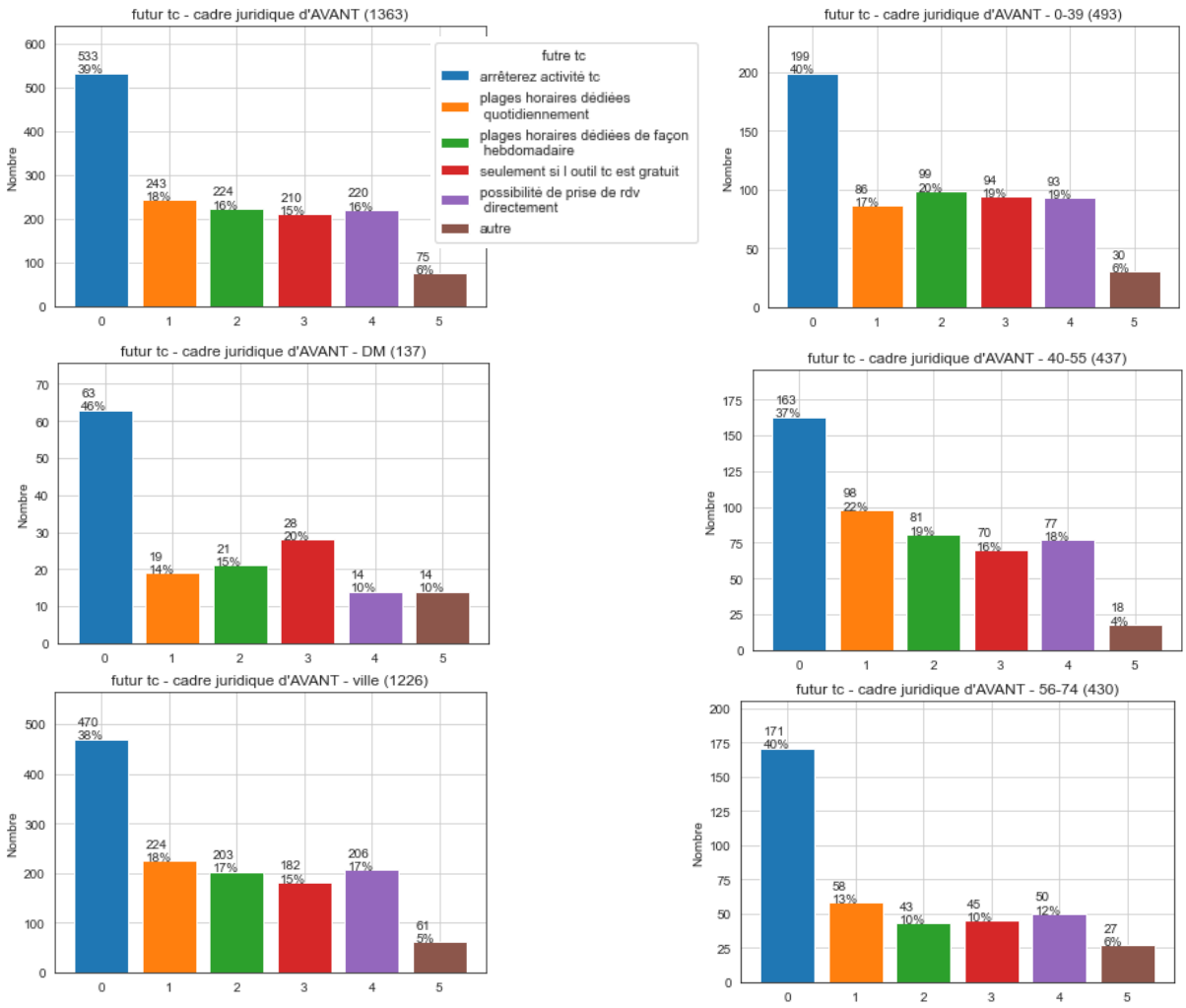


Figure 20 Cadre juridique d'avant - compléments

P value, variable explicative : Age Filtrée Cadre antérieur	P value, variable explicative : Désert médical Filtrée Cadre antérieur
<u>Résultats significatifs :</u> - plages horaires dédiées quotidiennement, p_{value} = 0.003 - plages horaires dédiées de façon hebdomadaire, p_{value} = 0.000 - seulement si l outil tc est gratuit, p_{value} = 0.001 - possibilité de prise de rdv directement, p_{value} = 0.007 <u>Résultats non significatifs :</u> - arrêterez activité tc, p_{value} = 0.606 - autre, p_{value} = 0.298	<u>Résultats significatifs :</u> - possibilité de prise de rdv directement, p_{value} = 0.047 - autre, p_{value} = 0.011 <u>Résultats non significatifs :</u> - arrêterez activité tc, p_{value} = 0.082 - plages horaires dédiées quotidiennement, pvalue = 0.202 - plages horaires dédiées de façon hebdomadaire, pvalue = 0.713 - seulement si l outil tc est gratuit, p_{value} = 0.085

Tableau 13 Cadre antérieur – p_{values}

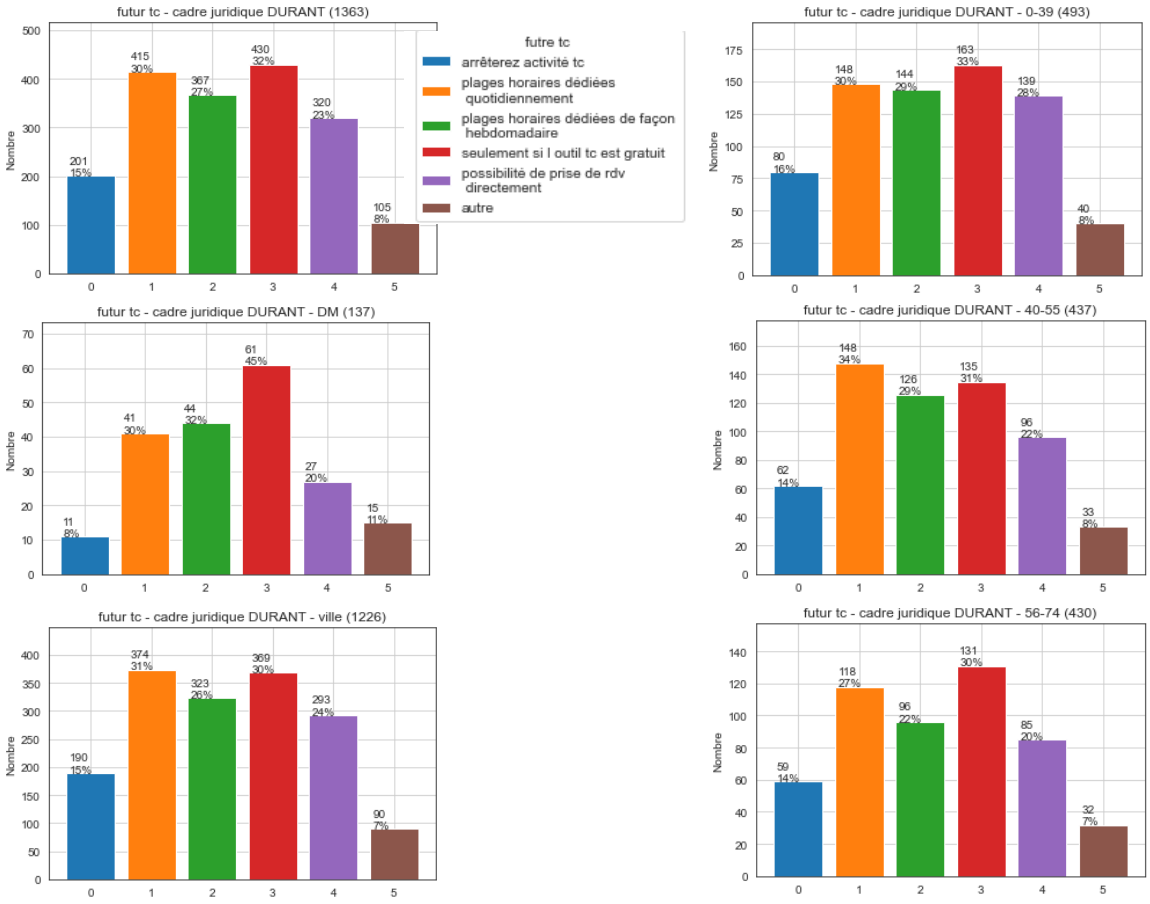


Figure 21 Cadre juridique durant - compléments

P value, variable explicative : Age Filtrée Cadre durant	P value, variable explicative : Désert médical Filtrée Cadre durant
<u>Résultats significatifs :</u> - plages horaires dédiées quotidiennement, p_{value} = 0.003 - plages horaires dédiées de façon hebdomadaire, pvalue = 0.000 - seulement si l outil tc est gratuit, p_{value} = 0.001 - possibilité de prise de rdv directement, p_{value} = 0.007 <u>Résultats non significatifs :</u> - arrêterez activité tc, p_{value} = 0.606 - autre, p_{value} = 0.298	<u>Résultats significatifs :</u> - arrêterez activité tc, p_{value} = 0.019 - seulement si l outil tc est gratuit, p_{value} = 0.001 <u>Résultats non significatifs :</u> - plages horaires dédiées quotidiennement, p_{value} = 0.889 - plages horaires dédiées de façon hebdomadaire, p_{value} = 0.149 - possibilité de prise de rdv directement, p_{value} = 0.272 - autre, p_{value} = 0.133

Tableau 14 Cadre durant – pvalues

P value, variable explicative : Avant vs durant

Résultats significatifs : - Arrêterez activité tc, p_{value} = 0.000 - Plages horaires dédiées quotidiennement, p_{value} = 0.000 - Plages horaires dédiées de façon hebdomadaire, p_{value} = 0.000 - seulement si l outil tc est gratuit, p_{value} = 0.000 - possibilité de prise de rdv directement, p_{value} = 0.000 - autre, p_{value} = 0.021 Résultats non significatifs : Aucun

Tableau 15Cadre législatif avant vs durant - p_{values}

8.2.5.2 Favorable au retour de l'obligation de suivi

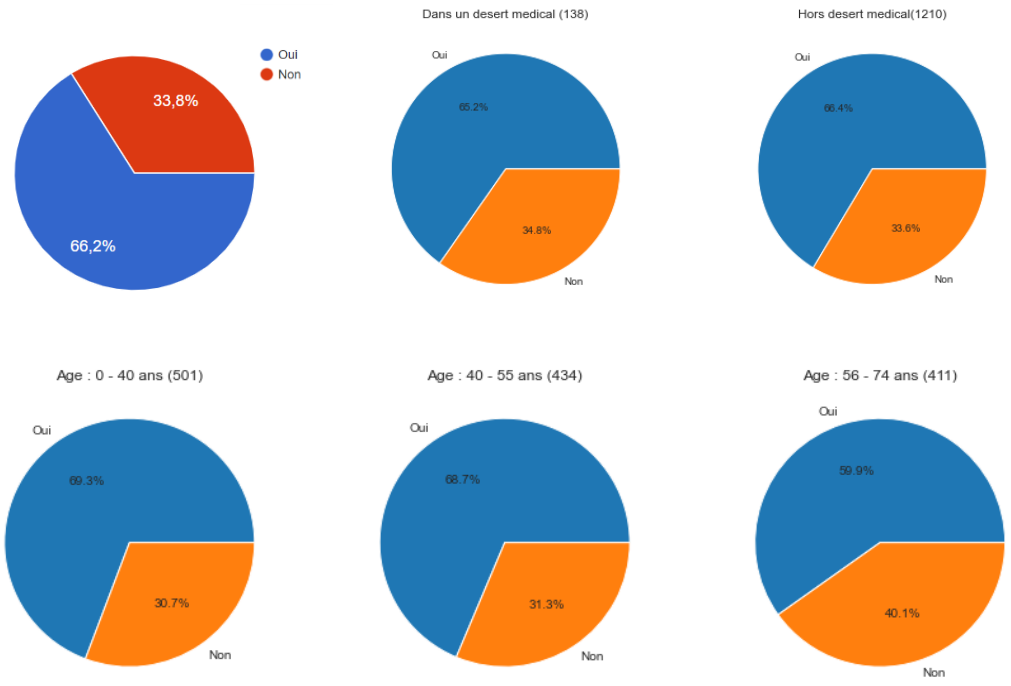


Figure 22 Favorable au retour de l'obligation de suivi – compléments

P value, variable explicative : Age	P value, variable explicative : Désert médical
Significatif : p_{value} = 0.002	Non significatif : p_{value} = 0.572

Tableau 16 Favorable au retour de l'obligation de suivi - p_{values}

8.2.5.3 Favorable à la cotation par téléphone

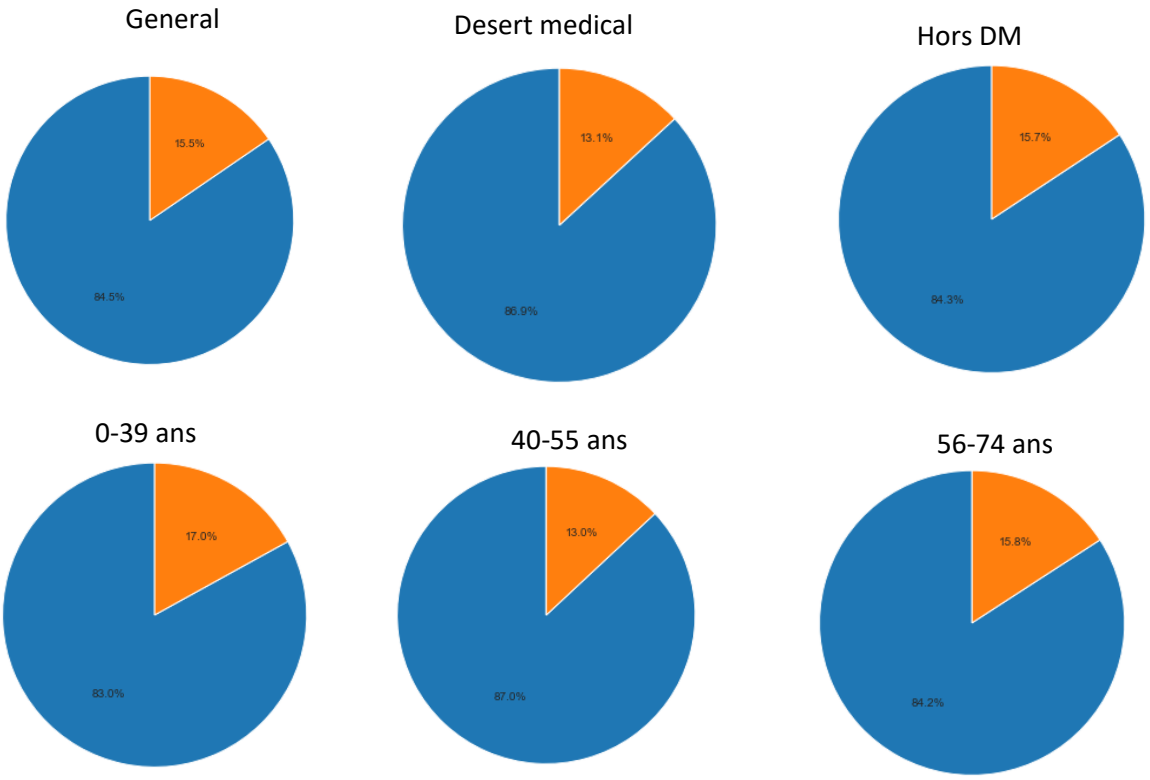


Figure 23 Cotation par téléphone - compléments

P value, variable explicative : Age	P value, variable explicative : Désert médical
Résultats non significatifs : $p_{value} = 0.375$	Résultats non significatifs : $p_{value} = 0.210$

Tableau 17 Cotation par téléphone - p_{values}

8.3 Complément étude qualitative

Retour d'expérience concernant la téléconsultation :

AVANTAGES	INCONVENIENTS
Une solution à la consommation médicale croissante	Non adapté au créneau sans rdv
Outil facilitant	Chronophage
Gain de temps sur le tri des motifs de consultation	Contrainte dans l'emploi du temps
Fournir une téléexpertise	Problème des modalités de rémunération
Plus adapté	Non adapté au covid
Prise en charge pluridisciplinaire	Cout de la plateforme
Avantage pour le suivi du patient	Solution économique
Nouvelle répartition des tâches	Pouvoir au patient
Réponse à plus de demande	Défaut de formation
Accès facilité	Problème d'organisation
Consultation depuis son domicile	Moindre efficacité que la consultation physique

Un complément	Fénéantise médicale
Facile d'utilisation	Augmentation des examens complémentaires (pour pallier le manque d'examen physique)
Plus de disponibilité	Limitée par le profil du patient
Pour rassurer le patient	Augmentation des traitements probabiliste
Désengorgement des consultations	Problème médicolégal : quelle responsabilité ?
Avantage pour le patient	Plus fatiguant
Outil de gestion de crise	Entretien moins riche
Substitut du téléphone	Patientèle d'âge inadapté
Meilleure condition de travail	Inadapté aux infections
Rémunération (d'un acte auparavant gratuit)	Inadapté au nouveau patient
Prendre le temps pour un avis	Peu rentable
Adapté aux déserts médicaux	Gut feeling plus compliqué
Adapté à l'emploi du temps du patient	Manque du langage non verbal
Diminution des déplacements du patient	Non adapté au suivi psy
Riche	Difficulté d'évaluation de la gravité
Adapté au patient jeune	Cher
Modifie le regard du patient (qui apprend à valoriser un avis médical)	Inégalité sociale
Une solution au départ en retraite	
Une activité de jeunes médecins	
Une TCS = un motif	
Rapidité	
Permet de varier sa pratique	
Echange de docs	
Moins chronophage que la VAD	
Confort	

Tableau 18 Qualitatif - avantages et inconvénients

IMPACT SUR LA RELATION MEDECIN MALADE	
Un temps d'écoute dédié	Augmente le pouvoir du patient
Avantage pour le suivi	Augmente la nécessité d'être disponible de façon permanente
Plus sécurisant	Manque d'accompagnement du patient
	Particularité de la relation médicale qui est une relation physique
	Impersonnel
	Manque d'empathie
	Risque d'abus du médecin
	Manque du non verbal pour le suivi psy
	Absence de relation de confiance
	Biais dans le recueil d'information
	Déshumanisant
	Nostalgie du contact physique

	Absence de prise en charge globale

Tableau 19 Qualitatif - impact sur la relation

RESSENTI PAR L'EXPERIENCE	
Adapté à la pratique de la médecine générale	Réticence
Dédiabolisation de la téléconsultation	Déception
Opinion modifiée sur la téléconsultation	Difficulté à la généralisation
Facile d'utilisation	Difficulté technique
Déjà en place	Ubérisation de la médecine
Formation inutile	Manque d'accompagnement du patient
Emballé	Obligation de s'y mettre / contrainte
Positif pour le patient	Limites
Confort pour le médecin	Risque d'erreur augmenté
Maitrise du logiciel	Ce n'est pas de la médecine
Revalorisation d'un travail	Une question de génération
Bénéfice psychologique pour le suivi des patients pour le médecin	Contre
Valorisation d'un acte jusque-là gratuit pour le patient	Dangereux
Toujours pratiqué	Outil inadapté
Pas mal	Ambivalent
Nouvelles possibilités	Fénéantise médicale
Avantage bilatéral	Augmente les actes
Positif pour l'emploi du temps du médecin	Risque d'abus de la part du médecin
Intéressant	Mauvais suivi
Avenir	Perte de sens
Progrès	Chronophage pour les paramédicaux
Disponibilité élargie	Absence de coordination avec les paramédicaux
Encore en apprentissage	Nécessite une amélioration du logiciel
Important service rendu	Mitigé
	Mort de la médecine générale
	Stressant car risque de passer à côté du diagnostic
	Incomplet
	Mauvaise prise en charge
	Inadapté aux déserts médicaux
	Problème de la qualité des soins
	Risque de dérive
	Outil de dépannage
	Risque de concurrence entre Cs physique et TCG
	Motif caché
	Risque Burn out par surcharge de travail
	Frustrant
	Trouve normal de continuer à donner des avis de façon gratuite

	Dévalorisation

Tableau 20 Qualitatif - ressenti

FACTEURS MODIFIANT L'ACTIVITE DE TELECONSULTATION APRES L'EPIDEMIE
Le cadre juridique d'exercice
Gratuité des logiciels
Adaptation du patient
Habitude du médecin
Le motif de téléconsultation
Rentabilisation du matériel mis en place
Le recours à la téléexpertise
Outil de gestion de crise
Le respect déontologique
Arrêt après la crise / retour en arrière/ augmentation de l'activité / diminution de l'activité
Augmentation de l'activité
Une meilleure connaissance de la téléconsultation maintenant qu'on y a touché

Tableau 21 Qualitatif - facteurs impactant

OUTIL POUR LE BENEFICE DU PATIENT/ VECU RESSENTI PAR LE PATIENT D'UNE TC
Risque de plus de pouvoir donné au patient
Outil préféré du patient
Absence de nécessité de rdv physique
Réticence de certains patients
Modification de l'avis du patient
Patient content
Prise de rdv pour des motifs inadaptés
Permet de sécher l'examen clinique qui met mal à l'aise
Création d'exigence de la part du patient
Nouveau paiement du patient
Adapté à la peur du patient du risque de contamination
Outil qui modifie le comportement du patient

Tableau 22 Qualitatif - outils

DEFINITIONS DONNEES A L'ACTIVITE DE TELECONSULTATION
Parallèle avec le télétravail
Un outil
Un outil adapté
Une nouvelle organisation
Un complément aux consultations présentielles
Une utilisation occasionnelle
Un équivalent au téléphone
Une question sociétale
Une nouvelle forme de consultation

Un changement de société
Un complément au téléphone (autrement dit téléphone #de la tcs # de la consultation physique => les 3 systèmes coexistent
Une forme de médecine
Un examen clinique partiel
Une forme de VAD
Un outil incomplet
Un changement de raisonnement clinique (car absence d'examen clinique)
Une question de génération
Une nouvelle contrainte
Un incontournable
À utiliser en dernier recours seulement
Un retour du rôle de conseil
Une nouvelle répartition des tâches
Une absence d'examen
Une solution pour les déserts médicaux
De la « e-santé », médecine du futur
Une supériorité de la vidéo sur le téléphone
Une adaptation de l'emploi du temps
Un nouveau paradigme
Une qualité de travail

Tableau 23 Qualitatif - définitions

DIFFICULTES RENCONTREES DANS SON UTILISATION/ LIMITES
Difficulté technique concernant l'équipement
Difficulté de compréhension
Problème de connexion
Absence de matériel fourni pour les médecins
Qualité du matériel du patient insuffisante
Absence de matériel de la part du patient
Règles RGPD à respecter
Biais dans le recueil d'informations
Problème du règlement / tarification
Limite de l'âge des patients / limite par le profil du patient
Mauvaise qualité plateforme nationale
Limite de la téléexpertise
Limite en l'absence d'examen clinique
Obligation de moyens bafouée
Limite ergonomique
Outil incomplet
Switch avec une consultation téléphonique devant la difficulté d'utilisation du matériel fréquent
Absence de respect du secret médical
Compatibilité des logiciels
Consommation médicale croissante

Limite de la qualité vidéo
Abus de motif par le patient
Inégalité numérique de la population
Abus de cotation de la part des médecins

Tableau 24 Qualitatif - difficultés

ELEMENTS D'ADAPTATION / DE DEVELOPPEMENT POSSIBLE
Redéfinition de la rémunération (est-ce une rémunération équivalente à une consultation ?) / la tarification
Faire intervenir une tierce personne dans son utilisation / partenariat IDE / partenariat pharmacie
Développer un logiciel adapté
Formation des secrétaires (afin qu'elles acceptent en amont ou pas le motif de téléconsultation)
Développement de matériel d'examen (notamment pour les constantes)
Préciser les motifs / les indications de la téléconsultation
Développement dans les déserts médicaux
Laisser au médecin le rôle de fixer une téléconsultation selon qu'il juge si elle est nécessaire (et ne pas laisser ce rôle au patient)
Définir l'encadrement juridique / la responsabilité juridique
Éduquer le patient à son utilisation
Développer pour le 15
Améliorer les technologies (appareil vidéo/ micro/ connexion)
Réaliser une plateforme gratuite par l'ars
Harmonisation des plateformes
Définir un nouveau protocole d'examen spécialement adapté à la téléconsultation / un art de télé consulter
Prendre le modèle des expériences étrangères
Améliorer son organisation dans l'emploi du temps
À utiliser quand on peut avoir une consultation physique facilement dans un 2ème temps
Réticence du patient au paiement d'un acte qui était jusqu'alors gratuit pour lui
Préserver le parcours de soins
Formation du patient à l'examen
Suppression de l'obligation de suivi sur les 12 mois
Améliorer la traçabilité de l'acte
À utiliser avec le médecin traitant uniquement
Coter les actes téléphoniques également

Tableau 25 Qualitatif - développement

TYPES DE MOTIF MEDICAL ABDORDE	
ADAPTE	**INADAPTE**
Suivi psychiatrique	Pathologie aigue
Arrêt de travail	Famille du patient présente dans l'encadré
Situation médicosociale	Problème dermatologique
Suivi ALD	Dernier recours

Réalisation de l'administratif	Pathologie respiratoire
Tri médical	Pathologie pédiatrique
Explication de résultat	
Renouvellement d'ordonnance	
Avis médicaux (=au motif ne nécessitant pas d'examen physique)	
Suivi de patient âgé	
Coordination avec infirmière	
Suivi à domicile	
Au patient qui travaille	
Suivi de tutelle	
Adaptation de traitement	
Gestion d'une épidémie (ex : grippe)	
Allergie saisonnière	
Gastroentérite	
Infection urinaire / mycose	
Suivi de l'automesure tensionnelle	
Suivi de patient étudiant	
Réévaluation d'un traitement ou d'une pathologie après une consultation physique	
Suivi patient covid	
Suivi de patient en déplacement à l'étranger	
Éducation thérapeutique	
Orientation d'un patient vers un spécialiste	
Patient isolé géographiquement	
Suivi antalgique	
Désert médical	
EHPAD	
Observance thérapeutique	
Prévention	
Patient jeune	
Suivi addiction	
Première évaluation	
Après avoir fait un premier examen physique du patient	
Pédiatrie	

Tableau 26 Qualitatif - Type de motif

CONDITION DE REALISATION / ENCADREMENT FUTUR
Sur une patientèle connue
Tarification à adapter
Encadrement juridique
Formation

Tableau 27 Qualitatif - condition de réalisation