



HAL
open science

Téléconsultation du médecin généraliste et “ désert médical ” rural : attentes et appréhensions des patients

Sabrina Boussebissi

► **To cite this version:**

Sabrina Boussebissi. Téléconsultation du médecin généraliste et “ désert médical ” rural : attentes et appréhensions des patients. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03736529

HAL Id: dumas-03736529

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03736529v1>

Submitted on 22 Jul 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.

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE : 2022

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

Sabrina BOUSSEBISSI

Née le 27 Janvier 1988 à Montivilliers (76)

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2022

**TELECONSULTATION DU MEDECIN GENERALISTE
ET « DESERT MEDICAL » RURAL :
ATTENTES ET APPREHENSIONS DES PATIENTS**

PRESIDENT DU JURY : Mme le Professeur Véronique MERLE

DIRECTEUR DE THESE : M. le Docteur Théophile MARTIN

MEMBRES DU JURY :

M. le Docteur Emmanuel HAZARD

M. le Docteur Matthieu SCHUERS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESSEURS :

Professeur Loïc FAVENNEC

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS
M. Pierre BOHN

PAU

M. Damien SALAUZE

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime GRAND	Bactériologie
------------------------	---------------

<h3>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</h3>

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation in improbations.

REMERCIEMENTS

A Monsieur Théophile MARTIN,

Merci d'avoir dirigé ce travail. Ce fut un plaisir de travailler à tes côtés. Merci de ta disponibilité, de tes précieux conseils et de ta bienveillance.

A Madame Véronique MERLE,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury.
Recevez ici mon respect et ma reconnaissance.

A Monsieur Matthieu SCHUERS,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury.
Veuillez trouver l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur Emmanuel HAZARD,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.
Acceptez pour cela mon respect et mes sincères remerciements.

Aux professionnels que j'ai rencontré durant mes études,

Merci à chacun d'entre vous de m'avoir transmis vos connaissances avec passion et bienveillance.
Merci de m'avoir fait grandir et d'avoir fait grandir en moi l'amour de la médecine chaque jour un peu plus.

A ma famille,

Merci d'avoir été présents pour moi et de m'avoir soutenu à chaque fois que j'en avais besoin.
Merci de m'avoir permis d'étudier dans les meilleures conditions. Merci à mes frères et sœurs d'être pour moi des exemples. Merci à mes parents de m'avoir légué leur force de caractère, leur détermination et à la fois leur douceur si réconfortante. Enfin, merci pour votre amour qui me donne tellement de force.

A mes amis, avec lesquels j'ai partagé les meilleurs moments de mon internat en particulier Djouher et Sarra. A mes amis Caroline et Ugo avec lesquels j'ai partagé six mois de fous rires à la coloc' du Havre. A mes amis qui m'ont soutenue, en particulier Linda, Fati, et Valentine. Enfin, merci à Demba pour ton soutien et ton aide durant la rédaction de cette thèse.

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	13
LISTE DES ABREVIATIONS	14
LISTE DES ANNEXES	15
I. L'essor de la téléconsultation dans le contexte du COVID.....	16
II. État des lieux de la situation démographique en médecine générale.....	17
III. L'accessibilité aux soins : une notion complexe	19
1. L'accessibilité aux soins, une notion multidimensionnelle ?	19
2. L'accessibilité aux soins peut-elle se mesurer ?	21
3. Quels sont les déserts médicaux ruraux français ?	23
4. Le cas du département de l'Orne	28
IV. La téléconsultation est – elle une réponse aux problématiques d'accès aux soins ?.....	29
1. La fracture numérique.....	29
2. Existe – t – il une disparité territoriale de l'accès au numérique en France ?	32
3. La télémédecine échappe – t – elle à la fracture numérique ?	33
V. Autour de l'appréhension	34
VI. Matériels et méthodes.....	34
VII. Choix de la revue	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ARTICLE.....	42
Introduction	44
Matériels et méthodes	45
Résultats	45
Discussion.....	48
Conclusion.....	49
Références	49
ANNEXES.....	64

PREAMBULE

LISTE DES ABREVIATIONS

APL :	indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREDOC :	Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie anciennement Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation)
DREES :	Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES :	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
TCS :	Téléconsultation
TIC :	Technologies de l'Information et de la Communication

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN	65
ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION	68
ANNEXE 3 : VERBATIM	69

I. L'essor de la téléconsultation dans le contexte du COVID

Le 17 mars 2020, l'État français impose un confinement de la population devant le fléau que constitue l'épidémie de Covid 19. Comment poursuivre ses activités et son quotidien sans réellement sortir de chez soi ? Comment ne pas mettre à l'arrêt l'activité d'un pays entier ? La solution numérique s'impose comme une évidence. L'État développe des solutions de télétravail pour les entreprises compatibles avec une activité en distanciel.

Le secteur sanitaire n'échappe pas à ces transformations. La téléconsultation apparaît alors comme une alternative et un outil supplémentaire de travail pour les médecins généralistes.

Depuis le début de l'épidémie, elle est mise en place par trois médecins généralistes sur quatre (1). Certaines dispositions ont facilité le recours à la téléconsultation, avec notamment la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire et une dérogation possible à la connaissance préalable du patient, lui permettant ainsi de consulter un professionnel de santé qu'il n'avait jamais vu au cours des douze derniers mois.

La télémédecine n'est pas une pratique nouvelle et fait partie intégrante du paysage médical, en particulier pour le travail interdisciplinaire entre les différentes spécialités. Elle permet une prise en charge de qualité et rapide du patient entraînant une satisfaction et un confort de travail des professionnels de santé (2). La télémédecine regroupe la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale (3). Elle est définie dans le code de la santé publique comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (4).

Devant la place de plus en plus importante des télémédecines, une réflexion éthique sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, apparaît à l'échelle nationale et internationale. En 2018, le Conseil national de l'Ordre des médecins publie le livre blanc, dans lequel il appelle à « *identifier dès maintenant les risques que la société numérique comporte afin de les combattre, tout en soutenant tous les bénéfices qu'elle peut apporter au service de la personne.* » (5) En janvier 2022, la Commission européenne publie seize principes européens pour l'éthique du numérique en santé. (6) Elle rappelle que « *le numérique en santé doit être utilisé pour protéger la santé et le bien-être de toute l'humanité et de la biosphère* » (7).

La téléconsultation en médecine générale était peu présente avant la Covid et apparaît comme une nouveauté à laquelle les médecins généralistes ont dû s'adapter. La communication non verbale, l'examen clinique pouvaient apparaître comme « manquants » à la démarche diagnostique pour certains médecins. Ce nouveau mode de consultation vient s'imposer au sein d'une spécialité médicale qui appréhende le patient dans sa globalité et avec toute sa complexité. L'interface numérique s'immisce dans la relation

médecin malade. Certaines thèses se sont intéressées à la relation médecin malade et au vécu du patient au cours de la téléconsultation. La relation médecin malade semble être préservée au cours de ce mode de consultation (8). Les patients semblaient moins favorables en cas de pathologie grave ou d'inquiétude majeure. Pour certains patients ayant utilisé la téléconsultation pendant la pandémie, la notion de performance est plus importante que le relationnel, qui ne semble pas apparaître comme une priorité (9). Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande pendant la crise sanitaire concluait à une expérience des patients plutôt positive (10). Cependant la consultation à distance était plus facile lorsqu'une relation clinique entre le patient et le médecin était préexistante et pour des motifs de consultations courants et familiaux. Des médecins généralistes travaillant en zone semi-rurale et rurale ont été interrogés sur leur perception de la téléconsultation pendant la crise du Covid (11). Parmi les médecins interrogés, peu d'entre eux pratiquaient la téléconsultation avant la Covid. Lors de sa mise en place, certains médecins ont été confrontés à des problèmes techniques liés à un réseau internet insuffisant. La téléconsultation est globalement vécue comme une « opportunité différente » de la part des médecins qui l'envisagent en complément de consultations en présentiel. Qu'en est-il pour les patients de ces territoires en carence d'offre de soins ?

Face au développement rapide de la téléconsultation en pleine crise sanitaire, les autorités se demandent si elle peut répondre à une autre problématique, celle de l'accès aux soins. Le programme « Ma santé 2022 » aborde cela à travers un projet de réorganisation des soins dans lequel le déploiement de la télémédecine trouve sa place (12). Elle apparaît alors comme une des solutions, face à une demande de soins toujours plus importante, contrastant avec une offre de soins insuffisante pour y répondre.

Cette étude s'intéresse aux zones rurales dans lesquelles les populations présentent des difficultés d'accès aux soins. La téléconsultation est-elle réellement une solution adaptée à ces populations ?

II. État des lieux de la situation démographique en médecine générale

La situation démographique au premier janvier 2021 fait état d'une décroissance du nombre de médecins généralistes qui a baissé de 9% depuis 2010 (13). A cela s'ajoute une population de médecins de premier recours vieillissante, dont l'âge moyen est de 50 ans. Ainsi, la croissance démographique annuelle moyenne est négative.

Aussi, des contrastes interrégionaux existent avec une inégale répartition territoriale qui s'intensifie à la baisse au sein des départements déjà déficitaires. Une étude a été réalisée en 2019 par le conseil national de l'ordre des médecins, traitant des déterminants à l'installation des jeunes médecins (14). L'existence d'un service public et la proximité familiale sont des facteurs déterminants pour le choix du lieu

d'installation chez les internes et médecins remplaçants interrogés. Il en est de même pour la présence d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital à proximité.

En Normandie, le nombre de médecins généralistes en activité régulière ne cesse de baisser, à l'exception de la Seine-Maritime où son nombre stagne, et du Calvados où il a faiblement augmenté en 2021. Les deux départements ayant subi la plus grande perte entre 2020 et 2021 sont l'Orne et l'Eure (Cf. figure 1 et 2).

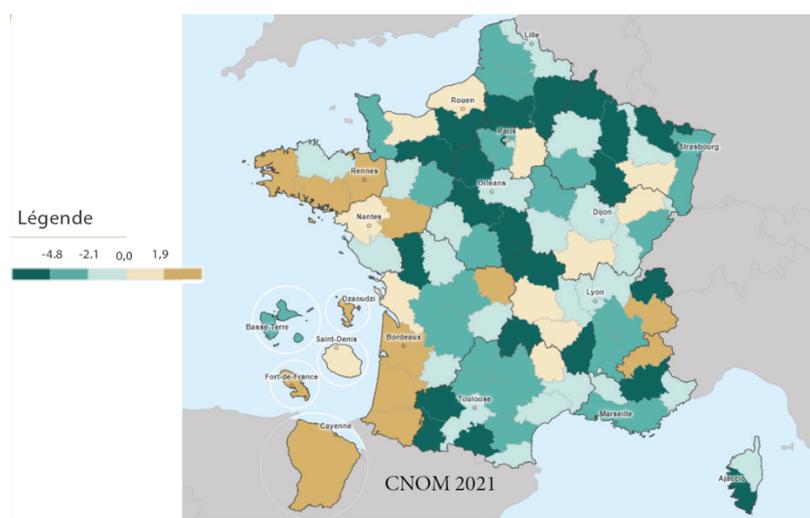


Figure 1 : Variations (%) départementales du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2020 et 2021 selon l'Atlas de démographie médicale 2021 du CNOM.

Le département de l'Orne est l'un des départements les plus déficitaires pour le nombre de médecins en activité régulière avec une perte de plus de 19% depuis 2010.

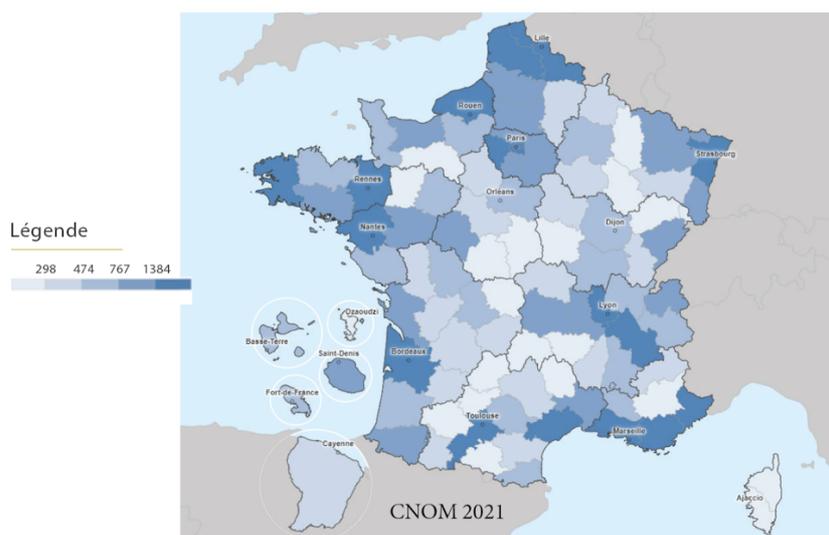


Figure 2 : Nombre de médecins généralistes en activité régulière par département en 2021 selon l'Atlas de démographie médicale 2021 du CNOM.

La densité médicale moyenne exprimée en nombre de médecins pour 100 000 habitants est de 127 médecins pour 100 000 habitants. La moitié des départements se situent en dessous de cette moyenne nationale (Cf. figure 3).

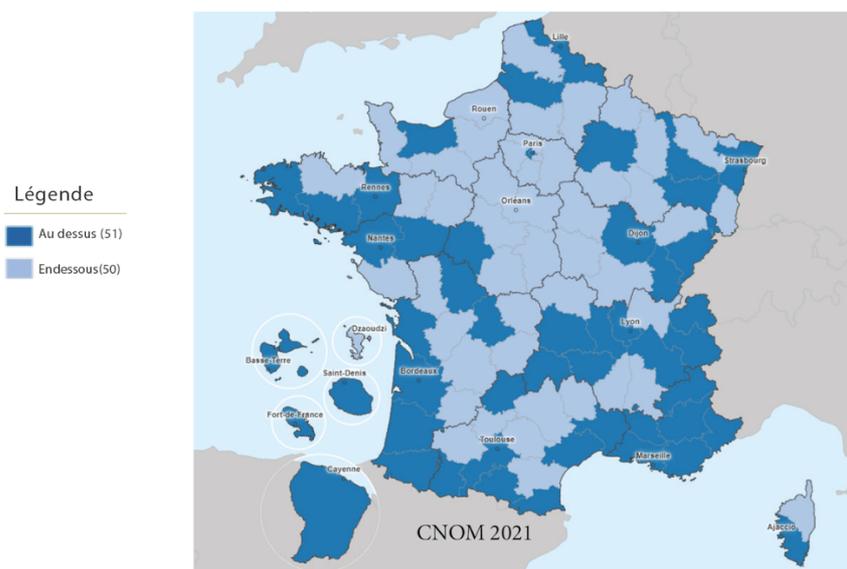


Figure 3 : Classement départemental par rapport à la médiane nationale des densités pour 100 000 habitants de médecins généralistes en activité régulière en 2021 selon l'Atlas de démographie médicale 2021 du CNOM.

L'inégale répartition de l'offre de soins de premier recours, conduirait à penser que les populations vivant dans des zones à faible densité médicale pourraient rencontrer des difficultés d'accès aux soins. Cependant l'accessibilité aux soins ne peut se réduire à la seule notion de densité médicale.

III. L'accessibilité aux soins : une notion complexe

1. L'accessibilité aux soins, une notion multidimensionnelle ?

L'accessibilité aux soins correspond à la possibilité d'accéder à un service de soins approprié à ses besoins (15). Jean-Frédérique Levesque, médecin de santé publique et préventive à l'institut national de santé publique du Québec, s'est intéressé à la question de l'accessibilité aux soins. Il la décrit comme une interface entre les caractéristiques du patient en demande de soin, son environnement socio-économique et les caractéristiques du système de santé. Elle ne se résume pas à la simple disponibilité des services de soins.

Pour proposer une offre de soins adaptée, il faut comprendre les déterminants de l'offre et de la demande et en connaître les différentes dimensions. La visibilité, l'acceptabilité, la disponibilité et l'accessibilité spatiale, l'accessibilité financière et enfin la pertinence sont les cinq dimensions à prendre en compte, selon J- F Levesque. Il met en miroir les habilités nécessaires aux patients pour un accès aux soins adapté. Sa capacité à percevoir, à chercher, à atteindre, à payer le service apporté et enfin à s'engager et s'impliquer dans le soin sont autant d'étapes et de compétences intervenant dans le processus d'accès aux soins. Le patient est donc aussi acteur de l'accès soin.

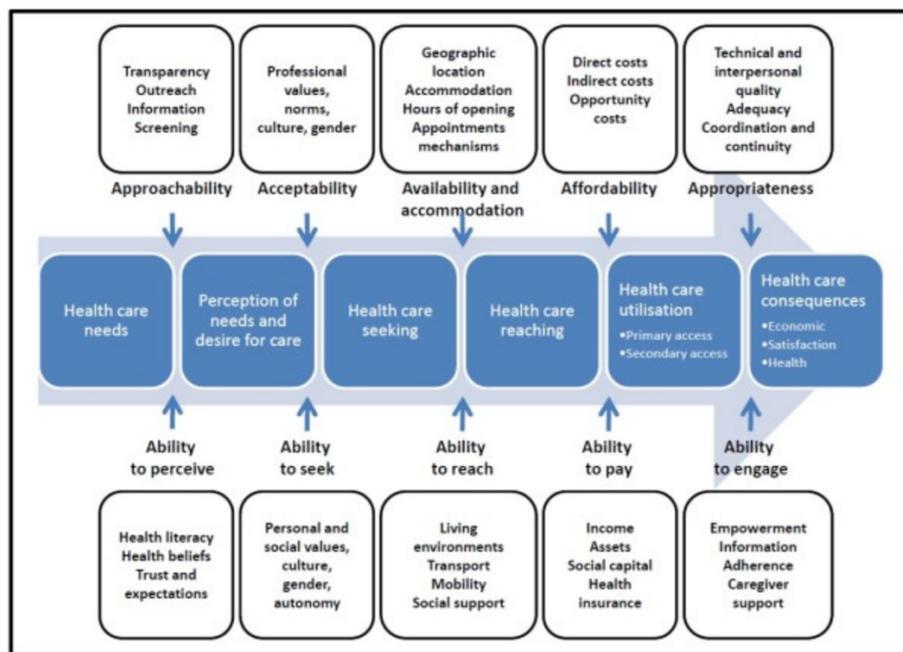


Figure 4: Concept de l'accessibilité aux soins selon J-F Levesque dans «Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations ». *International Journal for Equity in Health*.2013

La visibilité renvoie au fait qu'un patient confronté à un besoin de soin soit capable d'identifier les services de soins existants. La capacité à percevoir les besoins de soins de la population est un corolaire à cette visibilité. L'information adaptée, délivrée au sujet des services existants vient faciliter la démarche d'accès du patient.

Les différents facteurs sociaux et culturels vont venir influencer la capacité du patient à accepter les différents aspects du service proposé (par exemple, le sexe du praticien ou les croyances et convictions associées aux soins).

La dimension de disponibilité et d'accessibilité spatiales fait référence au fait que les services de santé doivent exister physiquement, avec une capacité suffisante pour produire ses services et être accessible en un temps raisonnable. Elle résulte des caractéristiques des équipements (cabinet, bus), des professionnels

de santé (qualification), du mode de prestation de service (téléconsultation ou consultation en présentiel). Elle dépend aussi du contexte urbain (décentralisation, système de transport). L'accès est alors limité si les ressources disponibles sont inégalement réparties sur le territoire ou entre les niveaux de soins.

Les contraintes des patients sont elles aussi prises en compte dans cette analyse, comme la mobilité personnelle, la disponibilité des moyens de transport et la flexibilité des horaires de travail. La mobilité restreinte des personnes âgées et handicapées, ou l'incapacité des patients actifs à s'absenter du travail pour consulter un médecin sont des exemples de freins possibles.

L'accessibilité financière est la capacité économique des patients à dépenser de l'argent et du temps pour utiliser les services appropriés. Elle résulte des prix directs des services et des dépenses associées (transport par exemple). La pauvreté, l'isolement social ou l'endettement sont des exemples de facteurs limitant la capacité des personnes à payer les soins nécessaires. La précarité financière peut être un motif de renoncement aux soins (16).

Enfin, la pertinence désigne l'adéquation entre les soins et les besoins du patient en termes de temps de prise en charge, de moyens utilisés et de compétences appropriées.

Des facteurs socioéconomiques, culturels et environnementaux conditionnent donc l'accès aux soins. Mesurer l'accessibilité aux soins est une mission complexe ne se résumant pas à la simple évaluation de l'offre de soins sur un territoire.

2. L'accessibilité aux soins peut-elle se mesurer ?

L'APL ou indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée, est un indicateur d'accessibilité aux soins (17). Il s'agit d'un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville. Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il peut être calculé à l'échelle d'une commune et tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance.

L'APL prend en compte dans son calcul, un recours dégressif avec la distance entre 0 et 20 minutes et le nombre d'actes réalisé sur une année (18).

Pour tenir compte du lien entre la densité médicale locale et le niveau d'activité des médecins, qui peut varier pour diverses raisons (exercice mixte, cycle de vie, préférences personnelles...), le nombre d'actes pris en compte dans le calcul de l'indicateur est borné à 6 000 actes par an et par médecin. Les actes supérieurs à ce seuil ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'APL. Inversement, un niveau d'activité

minimal de 3 600 actes par an est affecté aux libéraux.

Les besoins de recours à un médecin généraliste varient notamment en fonction de l'âge. Pour tenir compte de ces variations, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa tranche d'âge. Ainsi, l'APL rend comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.

L'indicateur est calculé en nombre de consultations/visites accessibles par an et par habitant.

L'APL permet donc de mesurer l'offre médicale disponible sur un territoire de vie. Il peut être calculé à différentes échelles. A l'échelle nationale l'APL est de 3,5 consultations / an / habitant.

Dans le cas du département de l'Orne, l'APL est de 2.4 consultations par an/ habitant. Il est possible de le calculer à l'échelle d'un canton ou d'une commune. Par exemple la commune de Monts-sur-Orne a un APL de 3.0 consultations par an/ habitant tandis que la commune de Juvigny-sur-Orne a un APL de 2.3 consultations par an/habitant. Connaître les variations inter régionales permet d'adapter la réponse à apporter.

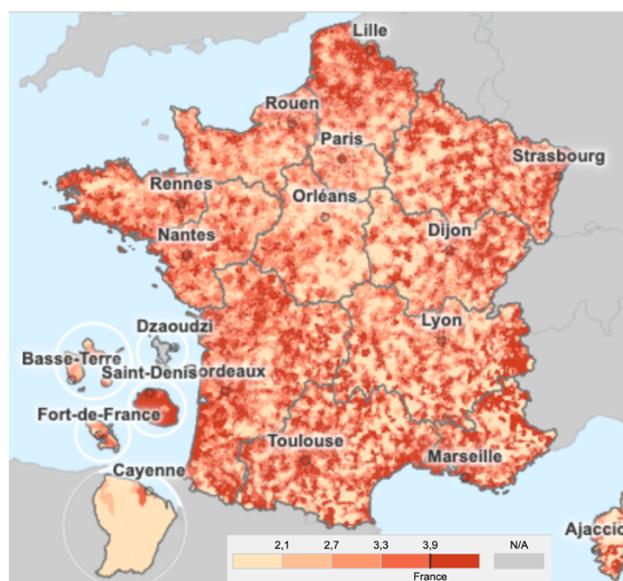


Figure 5 : Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (consultations par habitant) en 2018.

Carte interactive pouvant être consultée sur le site suivant : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes>

L'APL est un indicateur précis mais qui ne mesure qu'une part des aspects de l'accessibilité aux soins. Comme décrit par Levesque, l'étude de l'accessibilité aux soins comprend l'évaluation des déterminants socio-économiques à l'accès aux soins que ne permet pas l'APL (15).

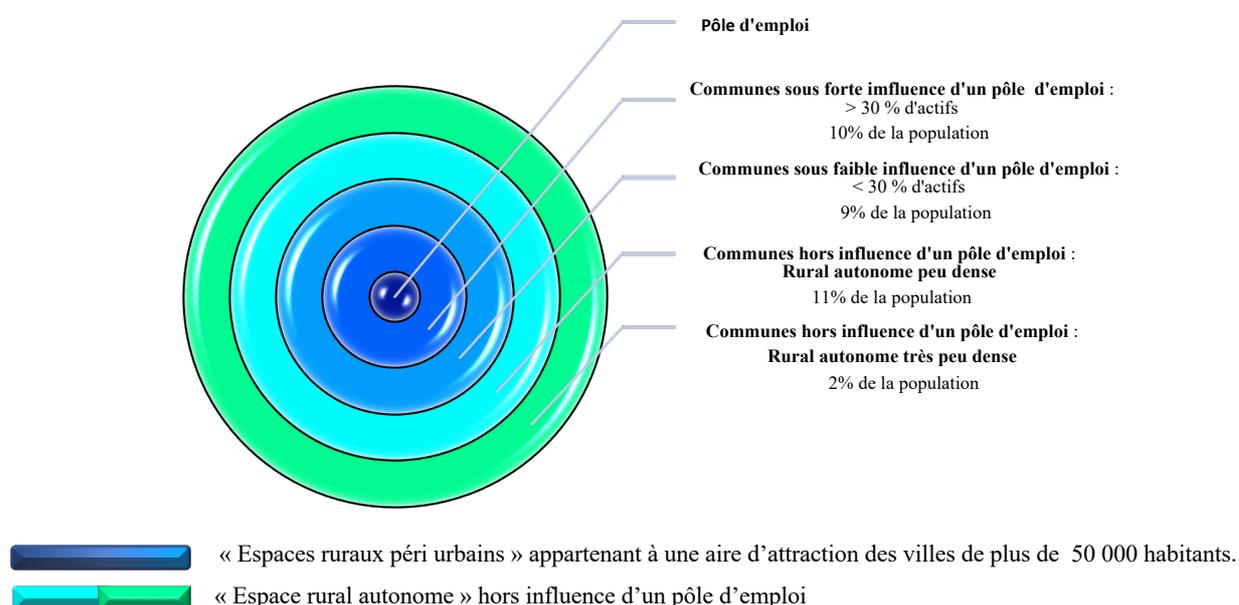
3. *Quels sont les déserts médicaux ruraux français ?*

Définir le rural est complexe. De nombreuses définitions ont vu le jour au fil du temps, l'abordant selon différentes approches (19). Jusqu'en 2020, l'Insee définissait le rural comme « *l'ensemble de communes n'appartenant pas à une unité urbaine caractérisées par le regroupement de plus de 2000 habitants* ».

Les territoires ruraux sont désormais définis selon la densité de population (20). Ils désignent les territoires peu denses ou très peu denses d'après la grille communale de densité qui permet de classer les communes (21). A cette définition s'associe un critère de type fonctionnel, à savoir le degré d'influence d'un pôle d'emploi. Ce critère caractérise le lien aux pôles d'emploi à travers la part des actifs qui travaillent dans le pôle d'une aire de plus de 50 000 habitants. L'influence d'un pôle d'emploi est mesurée par l'intensité des déplacements domicile – travail (22).

Ainsi quatre catégories d'espaces ruraux se dessinent allant de la commune rurale très peu dense hors influence d'un pôle, aux communes sous forte influence d'un pôle (20).

Figure 6 : Les quatre catégories d'espaces ruraux selon la définition de l'Insee.



Ce schéma illustre la notion de « gradient de ruralité » déterminé par le degré d'influence d'un pôle d'emploi. Cela décrit cette « nouvelle ruralité », loin d'une définition utilisant une approche dichotomique ville/campagne et qui a été peu à peu abandonnée car non représentative de la réalité. Cette définition du rural met aussi en lumière l'enjeu majeur de la mobilité des milieux ruraux.

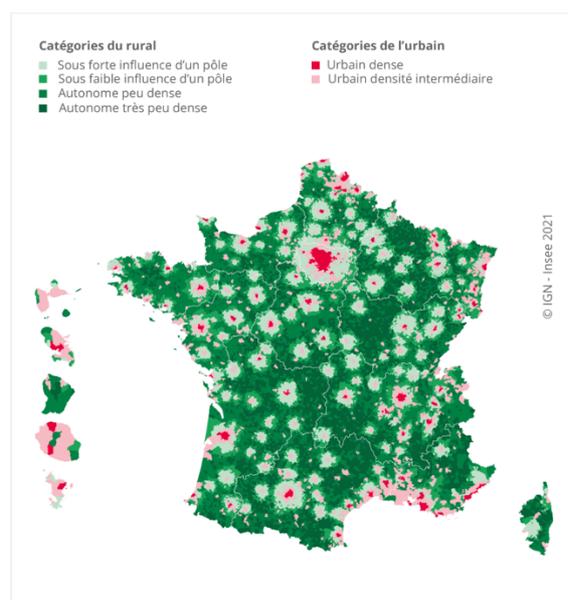


Figure 7 : Catégories du rural et de l'urbain selon l'Insee. Cristina D'Alessandro, David Levy, Théodore Regnier.
 « Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leur transformation ». *Insee référence. Edition 2021*

La ruralité ne s'aborde pas seulement sur un versant géographique mais s'inscrit dans un ancrage local aussi bien socio-économique que démographique (20). L'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) s'est intéressé à la problématique d'accessibilité aux soins et à celle des déserts médicaux (23). En 2019, il décrit six classes de territoires de vie établis à partir de différents indicateurs socio - démographiques et sanitaires. L'un des objectifs de l'IRDES est de montrer les inadéquations éventuelles entre offre et besoins de soins, les disparités en matière d'attractivité territoriale, mais aussi de qualifier les espaces qui additionnent des difficultés ou des fragilités.

Le maillage qui a été retenu dans cette étude est celui des territoires de vie découpant la France en 2677 zones. Pour les zones rurales, il correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à l'emploi et aux équipements courants. Pour les zones urbaines, il s'affranchit des limites des unités urbaines et redécoupe ainsi les bassins de vie autour des pôles de services intermédiaires.

Établi à partir d'une revue de la littérature, trois dimensions de l'accessibilité aux soins sont retenues dans cette étude : l'offre de soin, les caractéristiques de la population et l'attractivité territoriale.

La première dimension étudiée s'intéresse à l'offre de soin de premier recours décrite à travers l'APL. Elle traite aussi de l'accessibilité à des spécialités médicales en accès direct, ainsi qu'à la proximité d'établissements de santé ou médico-sociaux.

Les caractéristiques de la population sont étudiées à travers des indicateurs démographiques, socio-économiques, sanitaires et relatifs aux caractéristiques des ménages. Ces indicateurs permettent d'identifier les espaces où les besoins de la population sont a priori les plus élevés (fragile, défavorisée ...). Les espaces

en croissance démographique avec des besoins qui vont augmenter et les espaces à forte saisonnalité (touristiques), dont la demande fluctue fortement, sont également repérés.

L'attractivité auprès des populations et des médecins, structure l'évolution de la répartition de l'offre et des besoins. Elle a été étudiée à partir du solde migratoire, de la part de résidences secondaires, de logements vacants, de locaux éligibles au très haut débit et des distances à des éléments structurants d'attractivité. Ces pôles d'attractivité sont les pôles d'emploi, les pôles de services de proximité et les communes en bord de mer.

32 variables actives sont étudiées à travers ces trois dimensions. Les liaisons entre ces variables permettent d'établir huit axes factoriels à partir desquels est réalisée une classification ascendante hiérarchique qui agrège les territoires de vie deux à deux jusqu'à l'obtention de classes cohérentes. Ainsi, six classes ont été établies.

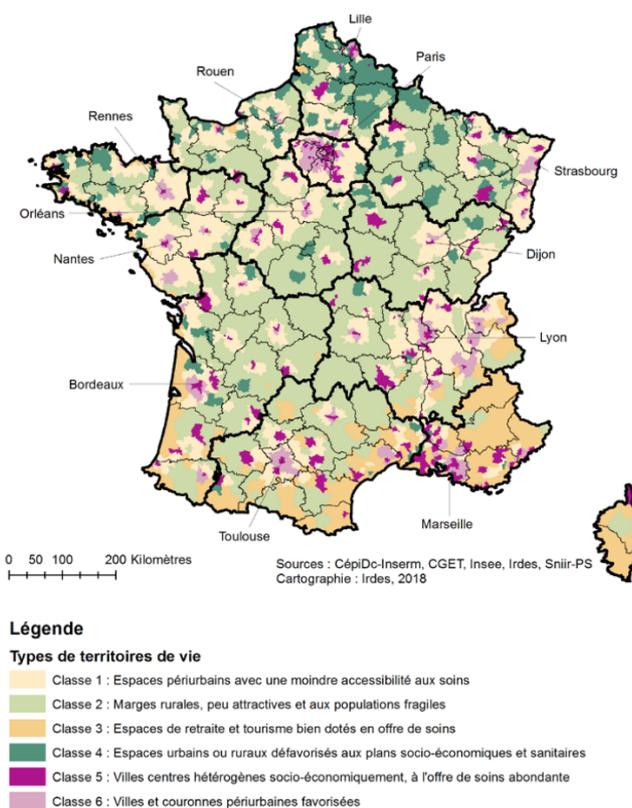


Figure 8 : Les six classes de territoires de vie selon l'IRDES.

Guillaume Chevillard, Julien Mousques « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. » IRDES. Janvier 2019.

Figure 9 et 10 : Tableaux résumant les caractéristiques des six classes de territoires de vie selon l'IRDES

	Classe 1 : Espaces périurbains, avec une moindre accessibilité aux soins primaires	Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles	Classe 3 : Espaces de tourisme et de retraite relativement bien dotés en offre de soins
Démographie	21,2 % de la population 27 % des territoires de vie	13,2 % de la population 22,6 % des territoires de vie	7,4 % de la population 11,1 % des territoires de vie
Localisation	Périphérie des grands pôles urbains	Intérieur des terres Éloignés des grands pôles urbains Recouvrent pour une grande part les espaces ruraux de faible densité.	Moitié sud de la France, littoraux français, Massifs alpins, corses et pyrénéens
Population	La plus forte croissance de population depuis 2009 Population jeune Taux d'emploi élevé Légère surreprésentation des ouvriers et un état de santé dans la moyenne	Populations défavorisées Surreprésentation des personnes âgées et des ouvriers. Niveau d'éducation et moyenne des revenus les plus faibles Indicateurs d'état de santé défavorables (mortalité prématurée et toutes causes élevées)	Prépondérance des personnes âgées. Taux d'emploi inférieur à la moyenne. L'état de santé des populations est proche de la moyenne ou meilleur Les mortalités évitables et toutes causes inférieures à la moyenne.
Offre de soins	APL inférieur à la moyenne métropolitaine, La densité de médecins généralistes libéraux y est la plus faible La distance aux établissements de santé (MCO, Ehpad, urgences, SSR) y est légèrement supérieure.	L'APL aux soins de premier recours la plus faible pour les médecins généralistes libéraux La diminution de la densité de médecins généralistes libéraux depuis 2004 y est la plus prononcée ainsi que la part de médecins généralistes proches de la retraite. Fort niveau d'enclavement : distance aux établissements de santé (MCO, Ehpad, urgences, SSR) y est supérieure à la moyenne	L'APL aux médecins généralistes libéraux et infirmiers y est la plus forte et l'APL aux autres professionnels de santé y est plus élevée que la moyenne. La distance aux établissements MCO ou SSR est la plus importante La distance aux Ehpad et urgences est supérieure
Attractivité	Éloignés des pôles de services de proximité.	La distance moyenne aux grands pôles urbains et pôles de services de proximité y est la plus forte. La part de locaux connectés au très haut débit la plus faible. La part de logements vacants est la plus élevée La densité de population dans ces espaces est la plus faible (en moyenne, < 40 habitants / km ²)	Solde migratoire le plus élevé, un tiers des résidences sont secondaires La distance aux littoraux et aux pôles de services de proximité inférieure à la moyenne.

	Classe 4 : les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économique et sanitaire	Classe 5 : les villes centres, hétérogènes socio-économique ment et à l'offre de soins abondante	Classe 6 : les villes et couronnes périurbaines favorisées
Démographie	11% de la population 10,3 % des territoires de vie	29,3 % de la population 12 % des territoires de vie	17,6 % de la population 13 % des territoires de vie
Localisation	Nord-est de la France Autour de villes petites et moyennes ou d'anciens bassins miniers fortement peuplés	La plupart sont au cœur des métropoles ou aux préfectures régionales et départementales	Banlieues des principales métropoles régionales ou villes favorisées.
Population	État de santé plus défavorable concernant les mortalités toutes causes, prématurée et évitable. Population fragile (personnes âgées vivant seules, familles monoparentales) plus élevée Niveau d'éducation plus faible et le taux d'emploi le plus bas.	Population très hétérogène : D'un côté, les proportions de populations fragiles (personnes âgées vivant seules, familles monoparentales) et d'employés y sont les plus fortes, et les revenus inférieurs à la moyenne D'un autre côté, la population est plus jeune et le niveau d'éducation légèrement supérieur.	Meilleur état de santé, en moyenne Niveaux d'éducation, de revenus et d'emploi les plus élevés.
Offre de soins	L'APL aux médecins généralistes libéraux est légèrement supérieur, mais la diminution de la densité y est plus forte que la moyenne	L'offre de soins y est abondante, en particulier en établissements de santé : MCO, SSR, Ehpad, urgences. L'APL aux différents professionnels de santé est supérieur à la moyenne	Les APL aux infirmières, pharmacies et médecins généralistes libéraux y sont légèrement en dessous de la moyenne Les APL aux gynécologues, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes y sont supérieures L'érosion de la densité de médecins y est la moins forte. La part de médecins de plus de 60 ans y est la plus faible Les distances aux établissements de santé y sont moindres
Attractivité	Ces espaces sont moins attractifs avec un solde migratoire déficitaire malgré une plus grande proximité aux pôles urbains et service.	Ces espaces sont des lieux de centralité pour la plupart des pôles d'emplois et de services mais ont, en revanche, un solde migratoire déficitaire.	Espaces proches des grands pôles urbains et des pôles de services de proximité Le gain de population y est plus marqué.

Cette classification révèle de fortes disparités territoriales. D'une part des espaces urbains et ruraux défavorisés du nord-est aux littoraux. D'autre part, des reliefs de la moitié sud attractifs regroupant la majeure partie des espaces de tourisme et de retraite. Les marges rurales sont dans toutes les régions mais principalement dans celles du centre de la France. A l'échelle départementale, on observe moins d'hétérogénéité, avec des départements composés quasi exclusivement d'un type de territoire. La Creuse, le Cantal, la Lozère, la Nièvre ou l'Orne ont surtout des marges rurales.

Les espaces ruraux décrits par l'INSEE pourraient correspondre aux classes 1 (espaces péri urbains) et 2 (marges rurales).

Les marges rurales (classe 2) dont l'Orne est majoritairement composé, connaissent une diminution de la densité des médecins généralistes libéraux depuis 2004. L'érosion de l'offre de médecins généralistes devrait perdurer car la part des généralistes proches de la retraite y est la plus élevée. On peut également supposer que les besoins de soins y sont plus importants, car la part de population de plus de 65 ans est plus forte. L'Orne est le département qui a été choisi dans le travail présenté ici.

4. Le cas du département de l'Orne

Le département de l'Orne qui a été choisi, est un bon exemple de « désert médical ». En effet, l'Accessibilité Potentielle Localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans est de 2,40 consultations par an et par habitant en 2018. Il arrive en avant-dernière position devant la Guyane (24).

Le modèle d'exercice des médecins généralistes a évolué. Selon M. Frélaut, ancien directeur de la CPAM de l'Orne, l'exercice libéral solitaire prédominant dans les campagnes n'attire plus les jeunes générations de médecins qui préfèrent le travail en cabinet de groupe. Aussi, ces derniers souhaitent concilier la vie privée et professionnelle en consacrant davantage de temps à la vie personnelle. Notamment, la problématique pour le conjoint de trouver un emploi dans un département économiquement peu attractif comme l'Orne, est un autre frein pouvant expliquer que les médecins partant à la retraite ne soient pas remplacés (25). En effet, entre 2010 et 2020 il existe une décroissance de 19,4 % du nombre de médecins généralistes en activité régulière dans l'Orne (13).

De nombreux territoires de vie-santé ornaïens sont classés en zone d'intervention prioritaire par l'Agence Régionale de Santé de Normandie afin d'inciter les médecins à s'y installer à travers une proposition d'aides financières (26).

Cette inégalité territoriale d'accès aux soins et plus particulièrement aux soins de premier recours, vient interroger les pouvoirs publics sur les solutions possibles à apporter pour répondre à cette problématique centrale de santé publique. La téléconsultation est proposée comme une des solutions pour répondre à la

question des « déserts médicaux ». Qu'en est-il des territoires ruraux peu attractifs aux populations fragiles? Le travail présenté ici a choisi de s'intéresser à l'un de ces territoires majoritairement composés de marges rurales peu attractives aux populations fragiles (classe 2 de la classification de l'IRDES) : La CPTS de l'Orne Est. Pour faciliter la compréhension, parler de « désert médical » rural a été préféré à l'expression de l'IRDES pour désigner ce type de territoire.

IV. La téléconsultation est – elle une réponse aux problématiques d'accès aux soins ?

1. La fracture numérique

La fracture numérique pourrait grossièrement être définie comme désignant le fossé séparant les personnes bénéficiant de l'accès à l'information et aux services rendus par les technologies de l'information et de la communication (TIC) et ceux n'en bénéficiant pas (27). Mais sa définition n'est pas aussi simple et cette notion est plus complexe à appréhender. De nombreuses définitions existent.

Au début de l'essor du numérique, elle a été appréhendée uniquement dans sa dimension matérielle. Cette perspective mettant au centre de l'analyse uniquement l'équipement, présuppose que son accès conduirait automatiquement à l'usage sans tenir compte de l'environnement socio-économique et culturel (27).

Le développement du numérique a permis de mettre en lumière d'autres aspects de cette fracture. Van Dijk, un sociologue hollandais, analyse ces différents aspects résumés par le schéma suivant (28) : (Cf fig.10)

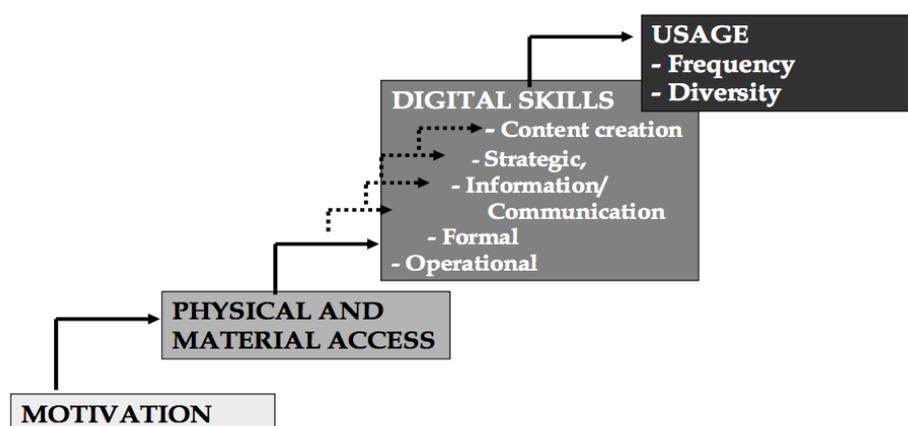


Figure 10 : Les quatre étapes successives de l'appropriation du numérique selon J.V Dijk. Extrait de "the evolution of the digital divide - The digital divide turns to inequality of skills and usage". New Media & Society.2014

L'appropriation du numérique se fait selon différents degrés, chacun de ces degrés peut être un lieu de fracture numérique que Van Dijk schématise ici.

Le premier obstacle à l'usage du numérique est l'accès matériel. On parle de fracture numérique de premier

degré (29). Le prérequis à l'acquisition de l'outil numérique selon Van Dijk est la motivation ou l'envie de l'utiliser. Cette dernière pouvant être influencée par différents facteurs d'ordre sociaux, culturels ou psychologiques. Parmi eux, le manque de temps, d'argent ainsi que la technophobie, qui est la peur et la méfiance de la technologie et qui constitue l'un des freins motivationnels (28).

Il existe plusieurs utilisations de l'outil numérique selon les compétences acquises. Plusieurs niveaux de compétences ont été décrits :

- Des compétences liées au support : savoir comment faire fonctionner le support numérique et comment naviguer sur le WEB.
- Des compétences liées au contenu : savoir sélectionner et analyser l'information. Utiliser les outils de communication comme les mails, créer du contenu internet. Enfin, savoir utiliser les ressources numériques pour atteindre des objectifs professionnels ou personnels.

L'absence partielle ou totale de ces compétences d'usage peut être responsable d'une fracture numérique dite de second degré (29).

Le facteur influençant le niveau de compétence le plus important est le niveau d'instruction (28). Les personnes ayant fait des études supérieures obtiennent de meilleurs résultats dans toutes les compétences par rapport aux personnes ayant un niveau d'instruction inférieur. L'âge est un facteur influençant le niveau de compétence lié au support qui est meilleur chez les plus jeunes. Les capacités cognitives ainsi que l'inégalité d'accès à une formation sont des facteurs pouvant limiter l'utilisation des TIC et créer ainsi certaines inégalités.

En France, en 2019, 83% des ménages français possèdent un ordinateur portable et 96% un smartphone (30). Mais pour quel usage ?

La finalité du « processus d'appropriation » selon Van Dijk est l'usage des TIC. Certains auteurs vont plus loin, pour parler des conséquences et des bénéfices résultant des usages des TIC, ou encore de « performances liées aux usages » (29). Ils parlent alors de fracture numérique de « troisième niveau ou degré » lorsqu'il existe des inégalités liées aux bénéfices des usages du numérique (31).

L'évolution rapide des TIC fait craindre que les personnes non équipées, que ce soit par choix ou non, soient marginalisées d'un point de vue économique et social (29).

J.V Dijk décrit une « *Network society* » qui pourrait se traduire par une « société en réseau ». Il la définit comme une société qui repose de plus en plus sur une infrastructure combinée de réseaux sociaux et médiatiques. Occuper des positions particulières et avoir des relations suivant cette position devient déterminant pour sa place, ses opportunités et ses chances dans la société. L'inclusion et l'exclusion dans les réseaux sociaux et médiatiques combinés pourraient être un puissant créateur d'inégalité structurelle dans la société en réseau. Il pourrait créer la structure tripartite suivante : (cf. fig.11)

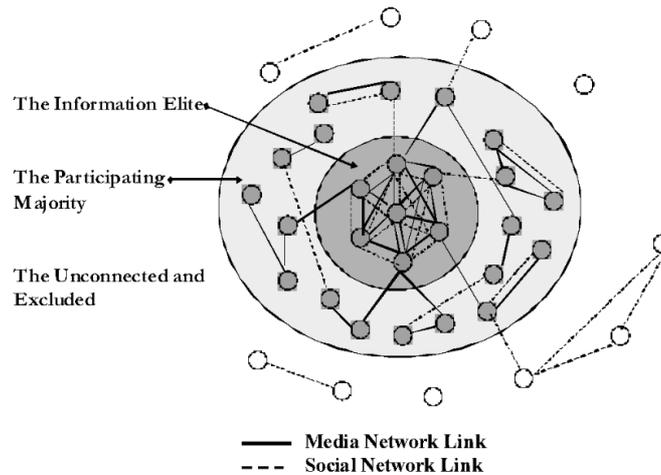


Figure 11 : représentation de la « société en réseau » selon J.V Dijk. Extrait de *“the evolution of the digital divide - The digital divide turns to inequality of skills and usage”*. *New Media & Society*.2014

Le noyau de cette image concentrique d'une société en réseau dessine une élite de l'information, avec un accès internet élevé et qui ont des réseaux sociaux et médiatiques très denses, qui se chevauchent. Il s'agirait des personnes avec des niveaux de revenu et d'éducation élevés, et qui occuperaient les meilleurs emplois et les meilleures positions sociales. Cette élite est habituée à vivre dans des réseaux sociaux denses.

La majorité de la population dans ces sociétés a moins de liens avec les réseaux sociaux et médiatiques et moins d'accès, de compétences et d'utilisation d'Internet. Les applications Internet utilisées sont relativement moins sérieuses et plus ludiques.

Enfin, la partie non connectée et exclue de la société qui est relativement isolée en termes de réseaux sociaux et de connexions aux réseaux médiatiques. Ils sont minoritaires. Ils se composent des classes sociales les plus basses. Ils participent beaucoup moins à plusieurs domaines de la société.

Le concept de fracture numérique montre que la vraie valeur d'une technologie doit être dérivée des usages et non des équipements seuls. Elle soulève la complexité de l'utilisation de l'outil numérique impliquant des facteurs à la fois sociaux, économiques et démographiques (32). La dématérialisation croissante des services publics à laquelle chacun de nous est confronté est un exemple concret responsable d'exclusion par le numérique d'une partie de la population (33).

Le travail présenté ici s'intéresse aux appréhensions de l'utilisation de la téléconsultation du médecin généraliste chez les patients vivant dans un « désert médical » rural. L'inégalité d'accès aux soins rejoint-elle celle de l'accès au numérique à travers le sujet de la téléconsultation du médecin généraliste ?

2. Existe – t – il une disparité territoriale de l'accès au numérique en France ?

L'INSEE réalise régulièrement des enquêtes auprès des ménages sur l'usage des technologies de l'information et de la communication. Ils sont interrogés sur leurs pratiques.

En 2019, l'étude de l'INSEE montre qu'il existe en France une disparité territoriale d'équipements avec des « zones blanches » non couvertes par l'offre téléphonique ou internet. Le taux de non équipement est plus élevées dans les zones rurales et urbaines de moins de 10 000 habitants (34). Cela pourrait être un premier frein à l'utilisation possible de la téléconsultation dans ces zones. Parmi les raisons évoquées, l'absence de haut débit est citée par 13 % des non-équipés des communes rurales contre moins de 2 % dans les unités urbaines de plus de 100 000 habitants. Cela montre un réel déséquilibre entre les populations rurales et urbaines. Les autres raisons évoquées dans cette étude sont le manque de compétences à 41 %, le coût du matériel ou de l'abonnement respectivement 32 % et 27 % et enfin l'absence d'offre haut-débit est citée dans 5 % des cas.

Cette disparité territoriale concerne aussi les compétences. En effet, les usagers d'internet des communes rurales manquent davantage de compétences de base en recherche d'information (+ 44 %) ou en communication (+ 72 %) .

La notion de coût matériel est une problématique qui est d'autant plus retrouvée qu'on s'éloigne des pôles d'activités. La population rurale est plus pauvre et elle est représentée par une proportion d'ouvriers plus importante que de cadres. La proportion de cadres augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche des territoires sous forte influence d'un pôle (20).

A cela s'ajoute une population de plus de 65 ans plus importante en campagne qu'en ville. L'étude de l'INSEE montre que l'illectronisme est plus important chez les personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans (respectivement 26,7 % et 67,2 %) (34).

En effet, Les personnes les plus âgées, les moins diplômées, aux revenus modestes, sont les plus touchées par le défaut d'équipement comme par le manque de compétences.

3. La télémédecine échappe – t – elle à la fracture numérique ?

Dans le domaine de la santé, les technologies de l'information et de la communication se développent de plus en plus. L'utilisation des TIC est un enjeu de santé public à l'échelle nationale et internationale (35). Depuis 2018, les téléconsultations sont prises en charge par la CPAM sous certaines conditions, montrant une réelle volonté des pouvoirs publics de développer cette pratique en médecine générale (36). Ils comptent sur ces outils pour faire face aux problématiques de vieillissement de la population et de ce fait à l'augmentation des maladies chroniques et de la demande de soins. Mais aussi pour répondre aux conséquences de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire (37).

Il existe des bénéfices à l'utilisation des TIC en santé. L'utilisation de la « e-santé » serait associée à un meilleur état de santé à travers la promotion de la prévention primaire (38).

Une méta analyse étudiant l'intervention de la télémédecine dans la gestion du diabète de type 2 montre une amélioration des glycémies, de la prévention et du dépistage de la rétinopathie diabétique (39).

Aussi, l'utilisation d'internet pour la santé serait associée à une meilleure qualité de vie (40).

Cependant, l'utilisation des TIC au sein de la population est loin d'être identique pour tout le monde. Régulièrement le CRÉDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie, anciennement Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation) réalise une enquête sur l'utilisation des TIC en France. Elle s'intéresse entre autres au domaine de la santé.

En 2018, la moitié de la population française affirme rechercher des informations sur sa santé ou celle d'un proche en ligne. Les trois principaux déterminants retrouvés concernant l'utilisation d'internet appliquée au domaine de la santé sont l'âge, le diplôme et le niveau de revenus. Les 25-39 ans, les personnes à hauts revenus, les titulaires du baccalauréat et les diplômés du supérieur sont les plus enclins à se renseigner en ligne sur des sujets liés à la santé (41).

En 2021, il s'est intéressé à l'utilisation de TIC pendant le confinement et en particulier à l'utilisation de la téléconsultation qui a concerné plus d'un quart des français. Il s'agissait particulièrement de patients jeunes entre 25 et 39 ans. La prise de rendez-vous en ligne et les consultations en ligne ont été plus fréquentes chez les cadres. Cette étude a aussi mis en évidence des différences selon les territoires avec une proportion plus faible d'utilisation de la médecine en ligne des habitants des communes rurales (41).

Là encore, il existe des disparités d'utilisation des TIC d'ordre socio-économique et territorial. Elles font craindre des inégalités liées aux bénéfices de leur utilisation. La fracture numérique s'exprime alors aussi dans le domaine de la santé.

V. Autour de l'appréhension

Le mot « appréhender » se définit de différentes manières selon le contexte. Il est défini dans le dictionnaire comme « l'action de saisir les choses par l'esprit » ou comme « une crainte encore imprécise d'un risque ou d'un danger » (42). L'angoisse, l'inquiétude et la peur sont des synonymes (43).

Le philosophe Jacques Natanson définit la peur comme une émotion ressentie généralement en présence ou en perspective d'un danger, d'une situation qui comporterait la possibilité d'un inconvénient ou d'un mal qui nous affecterait (44). Les émotions sont à la base de la capacité d'agir, de réagir, de penser et de raisonner. Elles dépendent de contextes culturels, politiques et sociaux (45).

L'étude autour de l'appréhension de la téléconsultation soulève donc des questionnements autour de l'émotion face au changement, à la nouveauté en lien avec une culture du soin de premier recours ancrée depuis des années autour du médecin de famille. Ceci dans un contexte social de difficulté d'accès aux soins.

VI. Matériels et méthodes

Objectifs et problématique de l'étude

La période de confinement durant la crise du COVID a été favorable au développement de la téléconsultation. Les pouvoirs publics ont perçu un potentiel dans cette pratique pour répondre à la problématique de l'accès aux soins des « déserts médicaux ». L'essor de la téléconsultation a été à la source d'apparition de nouveaux questionnements inhérents à cette pratique. En effet, face à la réalité de la fracture numérique en France, n'est-ce pas un moyen de créer de nouvelles inégalités d'accès aux soins ? Comment les populations concernées accueillent cette nouvelle pratique, quelles sont leurs appréhensions ?

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- La téléconsultation propose un nouveau type de relation médecin-malade auquel les populations rurales naïves de téléconsultations ne sont pas habituées. Ces populations sont déjà fragilisées par l'éloignement de services essentiels dont celui du médecin généraliste de proximité. La téléconsultation pourrait symboliser un abandon supplémentaire.
- La pratique de la téléconsultation suggère l'appropriation d'une technique nouvelle de consultation. La fracture numérique existante pourrait être un frein à son utilisation. Étudier l'utilisation des

technologies de l'information et de la communication par ces populations permettrait d'apprécier les modalités d'appropriation de celles-ci.

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

L'objectif de cette étude est d'étudier les appréhensions des patients vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste à la lumière de leur vécu en zone rurale fragile.

Population concernée

Le recrutement a été réalisé du mois de février au mois de juin 2021. Il a concerné les usagers du Médicobus qui est un cabinet médical mobile dans l'Orne. Le Médicobus est un projet mis en place pour faciliter l'accès aux soins primaires dans les territoires fragiles, à savoir l'Est de l'Orne dont 20% des assurés sociaux n'ont pas de médecin traitant. Il répond à des besoins de consultation de médecine générale pour des soins non programmés chez des patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. (46)

Les patients recrutés doivent être majeurs, sans mesure de protection, sans expérience de téléconsultation avec un médecin. Ils sont en situation de difficulté d'accès aux soins puisqu'ils consultent le Médicobus.

Type d'étude

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

Analyse

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

Éthique Règlementaire

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

VII. Choix de la revue

Le Médecin généraliste se trouve sur le terrain au premier plan, face aux problématiques de santé publique auxquelles la population est confrontée. Au-delà d'être acteur de santé publique, le médecin généraliste est aussi force de réflexion et de proposition concernant notamment l'organisation du système de soin.

La revue Santé Publique, publie des articles traitant de l'organisation du système de soin (47). Ce travail, qui propose une réflexion autour de la problématique des « déserts médicaux » trouve toute sa place dans cette revue. Son comité de lecture indépendant multidisciplinaire et généraliste permettra une analyse et une vision globale du sujet de publication.

Par ailleurs, cette revue s'adressant aussi aux décideurs de l'organisation de soins, ce travail veut contribuer à une réflexion sur la place actuelle et future de la télémédecine dans l'organisation du système de santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. *Etudes Résultats - Dir Rech Études Lévaluation Stat.* sept 2020;(1162).
2. Liddy C, Moroz I, Mihan A, Keely E. Assessment of the Generalizability of an eConsult Service through Implementation in a New Health Region. *J Am Board Fam Med.* 1 mars 2019;32(2):146-57.
3. La télémédecine. Agence Régionale Santé [Internet]. 19 juill 2018 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine>
4. Article L6316-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/
5. Lucas J, Uzan S, Faroudja JM. Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle. *Analyse et recommandations du CNOM. Conseil National de l'ordre des médecins*; 2018 janv p. 7.
6. Principes européens pour l'éthique du numérique en santé. *European ethical principles for digital health* [Internet]. Etats membres et la Commission européenne; 2022 janv [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/220201_european_ethical_principles_for_digital_health_introduction_vdef_revue.pdf
7. Principes européens pour l'éthique du numérique en santé. *European ethical principles for digital health : introduction* [Internet]. Etats membres et la Commission européenne; 2022 janv [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/220131_european_ethical_principles_for_digital_health_fr_eng.pdf
8. Khalfallaoui C. *Larelation médecin patient en téléconsultation de médecine générale* [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2019.
9. Verrue M. *Téléconsultation en médecine générale: attentes et représentations des patients* [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2020.
10. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, et al. *Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences*

and preferences. BMC Fam Pract. 13 déc 2020;21(1):269.

11. Maurin S. Perceptions et attitudes des médecins généralistes concernant leur pratique de la téléconsultation en temps de crise sanitaire. Étude qualitative phénoménologique [Thèse d'exercice]. Montpellier- Nîmes; 2021.

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

13. Bouet P. Atlas de démographie médicale : situation au 1er janvier 2021 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2021 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

14. Conseil National de l'Ordre des médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 [cité 15 juill 2021] p. 27. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf

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

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

17. Legendre B. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. Etudes Résultats - Dir Rech Études Lévaluation Stat [Internet]. sept 2021;(1206). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>

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

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

20. D'Alessandro C, Levy D, Regnier T. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations - La France et ses territoires. Insee. 29 avr 2021;

21. La grille communale de densité | Insee [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2114627>
22. Base des aires d'attraction des villes 2020. Insee [Internet]. 18 mars 2022 [cité 19 juin 2022]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4803954>
23. Chevillard G, Mousquès J. Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. Doc Trav - Irdes. janv 2019;(76).
24. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes-de-moins-de-65-ans>
25. Frélaut M. Les déserts médicaux. Regards. 11 sept 2018;N° 53(1):105-16.
26. Le nouveau zonage médecins [Internet]. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.normandie.paps.sante.fr/le-nouveau-zonage-medecins>
27. Brotcorne P, Valenduc G. Les compétences numériques et les inégalités dans les usages d'internet. Cah Numer. 20 oct 2009;Vol. 5(1):45-68.
28. Van Dijk JAGM. The evolution of the digital divide: The digital divide turns to inequality of skills and usage. Digit Enlight Yearb 2012. 1 juin 2012;57-75.
29. Youssef AB. Les quatre dimensions de la fracture numérique. Reseaux. 2004;n° 127-128(5):181-209.
30. Gleizes F, Legleye S, Pla A. Ordinateur et accès à Internet : les inégalités d'équipement persistent selon le niveau de vie. INSEE Focus [Internet]. 23 févr 2021 [cité 6 mars 2022];(226). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5057474>
31. Lythreathis S, Singh SK, El-Kassar AN. The digital divide: A review and future research agenda. Technol Forecast Soc Change. 1 févr 2022;175:121359.
32. Garczynski G. Fracture numérique, fracture sociale. Rev Proj. 27 août 2019;371(4):33-6.
33. Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics [Internet]. Défenseur des droits - République Française; 2019 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-demat-num-21.12.18.pdf>

34. Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base - Insee Première - 1780 [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>
35. Dzenowagis J. Réduire la fracture numérique dans le domaine de la santé. Organ Nations Unis. 31 déc 2011;27-9.
36. Prise en charge de la téléconsultation : accompagner les professionnels dans leur pratique. Haute Aut Santé [Internet]. 15 sept 2018 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2869705/fr/prise-en-charge-de-la-teleconsultation-accompagner-les-professionnels-dans-leur-pratique
37. La télémédecine [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/la-telemedecine>
38. Chapuis C, Camuset M. La promotion de l'activité physique par les nouvelles technologies (smartphone, outils connectés, Internet) en médecine générale et en prévention primaire, une revue systématique de la littérature [thèse de médecine]. Grenoble; 2018.
39. Bashshur RL, Shannon GW, Smith BR, Woodward MA. The empirical evidence for the telemedicine intervention in diabetes management. *Telemed J E Health*. 1 mai 2015;21(5):321-54.
40. Philbin MM, Parish C, Pereyra M, Feaster DJ, Cohen M, Wingood G, et al. Health Disparities and the Digital Divide: The Relationship between Communication Inequalities and Quality of Life among Women in a Nationwide Prospective Cohort Study in the United States. *J Health Commun*. 3 avr 2019;24(4):405-12.
41. Hoibian S, Berhuet, S, Bléhaut, M, Brice-Mansencal, L, Crouette P, Millot C, et al. Le baromètre du numérique, édition 2021 : Enquête sur la diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française [Internet]. CREDOC; 2021 [cité 29 mai 2022] p. 348. Disponible sur: https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-numerique-edition-2021.pdf
42. française A. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 25 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2248>
43. Synonymes d'appréhension [Internet]. [cité 26 juin 2022]. Disponible sur: <https://cnrtl.fr/synonymie/apprehension>

44. Natanson J. Fear and anxiety. *Imagin Inconsc.* 2008;22(2):161-73.
45. Quéré L. *La fabrique des émotions.* Presses Universitaires de France; 2021. 316 p.
46. URML Normandie. Médicobus dans l'Orne-Est - Communiqué de presse [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2020/10/communique-de-presse-urml-medicobus-v2.pdf>
47. Découvrir la Revue [Internet]. [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/content-page/item/110-decouvrir-la-revue>

ARTICLE

Rubrique de publication : Pratiques et organisation des services de santé

Type de publication : Article court

Nombre de signes : 15 504

Titre : Téléconsultation du médecin généraliste et « désert médical » rural : attentes et appréhensions des patients

The remote consultation of the general practitioner in a rural medically underserved area: patient expectations and concerns.

Auteurs (Les champs « auteurs » et « affiliations » restent anonymes pendant la soumission)

Anonyme¹, Anonyme²

Résumé :

Introduction : Pour améliorer l'accès aux soins, la téléconsultation est une solution proposée par le gouvernement. La fracture numérique pourrait être une limite à son déploiement, particulièrement dans les zones rurales en carence d'offre de soins.

But de l'étude : L'objectif de cette étude était d'explorer l'appréhension de patients vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste à la lumière de leur vécu en zone rurale en carence d'offre de soins autrement surnommée « désert médical » rural.

Résultats : Ce travail a permis de révéler des points de vigilance à avoir dans le cadre du déploiement de la téléconsultation. La téléconsultation s'inscrit dans un processus de nostalgie du « médecin de famille » et de perte de la relation privilégiée nouée avec lui. Elle symbolise aussi un abandon supplémentaire des services essentiels et risque d'augmenter le sentiment de relégation de ces territoires. Les problèmes d'accès et de compétences numériques ne sont pas les seuls à prendre en compte pour réduire la fracture numérique.

Conclusion : Le déploiement de la téléconsultation ne peut avoir lieu sans d'une part, la préservation du choix du patient d'y adhérer ou non et d'autre part, la vérification du réel progrès social qu'elle apporte. Une réflexion éthique est donc à mener avant et pendant le déploiement de ce nouveau mode de consultation. En son absence, la téléconsultation du médecin généraliste risquerait d'être le lieu d'une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins.

Mots-clés : Téléconsultation – zones médicalement mal desservies – santé en zone rurale - fracture numérique – médecin généraliste

Abstract:

Introduction: To improve access to healthcare, remote consultation is a solution proposed by the French government. The digital divide could be a limitation to its deployment, particularly in rural medically underserved areas.

Purpose of research: The objective of this study was to explore the reluctance of patients to consult a general practitioner (GP) virtually when living in a medically underserved area.

Results: This study revealed the points of attention to consider when deploying teleconsultation. Teleconsultation can reinforce the nostalgia of the "family doctor" and the loss of the privileged relationship established with them. It also symbolizes a further abandonment of essential services in these underserved areas, and presents the risk for their population to feel further neglected. Tackling access to digital services and the development of skills to utilize them is not sufficient to mitigate the digital divide.

Conclusion: Teleconsultation deployment cannot take place without, on the one hand, preserving the patient's choice of whether or not to use it and, on the other hand, ensuring it provides a real social progress. Ethical reflection is therefore required before and during the deployment of this new mode of consultation. Without, teleconsultation of the general practitioner could lead to a new form of inequality as regards access to healthcare.

Keywords: Teleconsultation - medically underserved areas – rural health - digital divide - general practitioner

Introduction

La loi Ma Santé 2022 laisse une place importante au numérique pour améliorer l'accès aux soins (1). Parmi les outils évoqués, la télémédecine permettrait notamment d' « abolir les distances ». Certains travaux suggèrent que l'intégration de la télémédecine requiert une approche socio-technique (2). Ainsi, l'acceptabilité de la téléconsultation par les populations concernées constituerait un prérequis indispensable à son déploiement (3). Or, un phénomène de « fracture numérique » défini par des disparités d'accès et d'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) est décrit dans les zones rurales occidentales (4). En France, des zones rurales connaissent à la fois la problématique d'accès aux soins et le

phénomène de fracture numérique (5). L'objectif de ce travail était d'explorer l'appréhension de patients vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste à la lumière de leur vécu dans un « désert médical » rural.

Matériels et méthodes

Une étude qualitative a été réalisée auprès de patients vivant dans une marge rurale peu attractive et aux populations fragiles selon la typologie socio-sanitaire de l'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) (6). Cette classe de territoire s'apparente à ce qui est communément appelé « désert médical » appliqué aux zones rurales. Les enquêtés ont été recrutés de février à juin 2021 parmi les usagers du Médicobus, cabinet médical mobile à l'Est de l'Orne. Le Médicobus est un projet mis en place par différentes instances de soins pour faciliter l'accès aux soins primaires des populations de ce territoire. Cette unité médicale mobile répond à des besoins de consultation de médecine générale pour des soins non programmés chez des patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. Près de 20% des assurés de ce territoire n'ont pas de médecin traitant (7). Les entretiens étaient individuels, semi-dirigés et menés en présentiel ou par téléphone par deux chercheurs de façon distincte. Une grille d'entretien permettait d'orienter les questions posées. Les thèmes abordés étaient le vécu médical, le vécu territorial, l'inclusion numérique et l'appréhension de la téléconsultation. Les enquêtés devaient être majeurs, sans mesure de protection, sans expérience de téléconsultation avec un médecin et consultant le Médicobus donc en situation de difficulté d'accès aux soins. Des profils variés ont été sélectionnés pour permettre un échantillonnage théorique. Les facteurs de variabilité étaient : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la catégorie socio professionnelle, l'ancrage territorial et l'inclusion numérique. L'ancrage territorial était évalué par le nombre d'années vécu sur le territoire et par la présence d'entourage géographiquement proche. Une méthode d'analyse inspirée de la théorisation ancrée d'Anselm Strauss a été choisie. Après enregistrement, chaque entretien a été anonymisé, retranscrit et codé grâce aux logiciels ONLYOFFICE®. L'étude est inscrite au registre de l'université de Rouen (au numéro 2022.004). Une information écrite était remise aux participants. L'accord oral des participants était obtenu et enregistré en début d'entretien. Les enregistrements audios ont été détruits après retranscription.

Résultats

Population

La population recrutée était composée de 5 hommes et 5 femmes. (Tableau 1).

Craintes relationnelles et éloignement de l'idéal du « médecin de famille »

L'ensemble des participants exprimait une nostalgie importante de ce qui était souvent nommé le « médecin de famille ». Le médecin de famille était évoqué par des termes mélioratifs qui permettent de décrire ce qui était entendu par cette expression : disponibilité, fidélité, ancrage territorial, proximité géographique et relationnelle : « *malheureusement les médecins de famille comme il y avait dans le temps c'est terminé...* » (E4), « *Ça n'existe plus, faut pas regarder en arrière* » (E3m).

Les craintes liées à la téléconsultation étaient avant tout relationnelles. La relation médecin-patient n'était pas située au même rang que celle avec d'autres professions, marquant un refus de la professionnalisation du soin : « *Le comptable je m'en fous, on parle de chiffres mais le médecin tout de suite non* » (E1).

Le fait que la téléconsultation soit réalisée par un médecin connu était un facteur d'atténuation : « *Si c'est mon médecin traitant, je connais le cabinet, il y a un peu une atmosphère...familiale un peu* » (E1).

Des craintes quant à la qualité des soins existaient également. La téléconsultation était alors envisagée comme une solution de dépannage pour des motifs bénins pouvant se passer d'examen physique comme des troubles fonctionnels connus du patient ou un renouvellement d'ordonnance. A l'inverse, la téléconsultation n'était pas envisagée pour des motifs plus complexes nécessitant une expression précise des symptômes. Certains enquêtés craignaient de manquer de culture médicale pour décrire verbalement leur plainte. L'écran symbolisait ainsi une privation d'accès au non-verbal nécessaire chez de nombreux patients pour exprimer leurs plaintes : « *Faut être à l'aise déjà pour pouvoir parler avec quelqu'un sur ordinateur, savoir s'exprimer correctement pour expliquer ce qu'on a réellement* » (E2)

Un abandon supplémentaire

La téléconsultation raisonnait avec l'absence physique du médecin vécue comme l'abandon d'un service essentiel : « *C'est vrai qu'ici à la campagne on est un peu délaissés, mais ce n'est pas que pour la médecine ... [...] il y a certains endroits, pour moi c'est complètement délaissé...* » (E4).

Le vécu de cet abandon différait en fonction de l'investissement local des personnes interrogées. Être retraité et moins actif localement amenait un sentiment de fatalité face à ces abandons successifs : « *c'est la conjoncture qui le veut !* » (E7). A l'inverse, le fait d'être actif avec de nombreuses relations et engagé localement contribuait à une volonté de trouver des solutions.

La mise à distance du médecin généraliste par le biais de la téléconsultation induisait donc un sentiment d'abandon. Celui-ci augmentait si les contraintes de vie en milieu rural étaient importantes. Au contraire, si des possibilités de déménagement pour améliorer son suivi médical étaient possibles, la téléconsultation était davantage envisageable. Ce constat était révélé par la différence de parcours entre les enquêtés E3f et

E4.

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

L'enquêté E3f a été dans l'obligation de retourner vivre à la campagne à la suite d'un divorce et des contraintes économiques ne lui permettant pas de continuer à vivre en ville : « *On a tous envie d'aller vivre dans des grandes métropoles [...] on a divorcé et je suis revenu vivre chez ma mère le temps de trouver un logement* » (E3f). L'arrivée de la téléconsultation était alors perçue comme un risque de majorer un isolement déjà important et non consenti : « *il y a des personnes qui sortent peu... et c'est idiot mais ça fait une sortie [...] ils vont quand même faire l'effort de s'habiller, je pense que ça fait du bien au mental* » (E3f).

Une fracture numérique autant sociale que technique

La majorité des enquêtés souffraient de barrières techniques à l'usage des TIC. Dans ce domaine, l'effet générationnel et socioéducatif était notable. L'usage des TIC était aisé chez les enquêtés les plus jeunes notamment ceux qui les utilisaient dans le cadre professionnel. Dans le domaine de la santé, la prise de rendez-vous en ligne était révélatrice des différences d'usage entre les générations : « *Pour ma génération, ça ne pose pas trop de problèmes mais pour mes parents par exemple, qui ont le même médecin traitant que moi, bah c'est à moi de prendre le rendez-vous sur internet ils sont beaucoup moins à l'aise avec internet* » (E2). Les enquêtés étaient en majorité ouverts à la formation et bénéficiaient d'un entourage pouvant aider à l'utilisation des TIC. L'utilisation des TIC pouvait être restreinte à certains domaines en raison des limites techniques à des tâches complexes. Une volonté d'indépendance des TIC se dégageait également chez certains : « *Moi j'aime bien rester un peu indépendant, je ne suis pas non plus un ermite mais au cas où si ça ne marche pas, est ce qu'il y a une alternative ?* » (E2). Cette volonté d'indépendance se traduisait par un refus du « tout numérique » et un appel à la réflexion avant toute transition numérique : « *Il faut garder le rapport humain, ne serait-ce pour pouvoir avancer dans les technologies aussi, avoir une réflexion* » (E2). Malgré ces réticences d'usage, aucune protestation n'était envisagée du fait d'une peur de marginalisation et d'un sentiment d'obligation au progrès : « *Bah enfin qu'on veuille ou qu'on ne veuille pas, faudra bien suivre* » (E8).

Discussion

Quand bien même les connaissances de la téléconsultation sont partielles ou erronées, l'idée d'une consultation d'un médecin à distance était comprise par tous. Le niveau de connaissance de la téléconsultation n'influait donc pas l'appréhension du sujet. Trois champs d'influence de l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste ont été mis en évidence dans cette étude : le vécu médical, le vécu territorial et l'inclusion numérique (Figure 1). La fracture numérique y est décrite sur un plan technique et social (Trois degrés de la fracture numérique) comme l'a conceptualisé Jan van Dijk, sociologue hollandais (8).

Les facteurs qui influencent l'appréhension de la téléconsultation du médecin généraliste permettent d'identifier des points de vigilance à prendre en compte. La réflexion à avoir concernant le déploiement de la téléconsultation ne peut se passer d'une compréhension du tissu social auquel elle est proposée.

De manière générale, la perte de la relation privilégiée nouée avec le médecin de famille était très prégnante dans le discours des enquêtés. La téléconsultation symboliserait une nouvelle étape dans la perte de relation intime entre patient et médecin. En réalité, la qualité de la relation à travers cette interface dépend de l'appropriation que les acteurs de soins en font (9). Mais de l'autre côté de l'écran, cette appropriation risque d'être limitée dans la population étudiée. La nostalgie du médecin de famille s'ancre dans un contexte de fragmentation de la médecine et d'une hyperspécialisation avec la perte de ce que certains philosophes de la médecine appellent l'appréhension de la totalité du patient (10). Ainsi, guérisseurs et médecins de famille auraient la connaissance du patient dans son environnement familial. Cette « totalité » environnementale regrettée intervient avec force dans l'appréhension de la téléconsultation car ce mode de consultation symboliserait la mise à distance supplémentaire du médecin traitant qui auparavant était ancré territorialement. Le rôle du médecin de famille est particulièrement important aux yeux des populations rurales et ce d'autant plus dans les classes les plus populaires (11).

Dans ce travail, les enquêtés ont assimilé la téléconsultation non pas à une main tendue des politiques de santé mais à un nouvel abandon. Parmi les déterminants du mécontentement des territoires dits « relégués », au-delà des mauvais marqueurs économiques comme le chômage, l'éloignement des lieux de socialisation est à prendre en compte (12). La téléconsultation pourrait être un nouveau marqueur de relégation engendrant des difficultés pour se l'approprier d'autant plus si elle s'impose à ces populations.

Enfin, l'accès aux TIC n'est pas le seul obstacle pour résoudre la fracture numérique existant en zone rurale. Selon Philippe Mallein, sociologue de l'usage, « l'utilité précède l'usage » (13). Dans ce travail, la téléconsultation revêtait chez les enquêtés de significations d'usage faibles c'est-à-dire que spontanément ils n'en trouvaient pas une utilité importante. Elle était considérée comme un outil intéressant pour quelques

motifs de consultations mais surtout envisagée comme un pis-aller préfigurant un usage futur limité ou contraint.

Après un déploiement considérable de la téléconsultation ces deux dernières années, il conviendrait d'évaluer l'usage actuel de ce moyen de consultation dans les zones rurales en carence d'offre de soins.

Conclusion

Le déploiement de la téléconsultation ne peut avoir lieu sans d'une part, la préservation du choix du patient d'y adhérer ou non et d'autre part, la vérification du réel progrès social qu'elle apporte. Une réflexion éthique est donc à mener avant et pendant le déploiement de ce nouveau mode de consultation. En son absence, la téléconsultation du médecin généraliste risquerait d'être le lieu d'une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins.

Références

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 : un engagement collectif - Dossier de presse [Internet]. 2018 sept [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
2. Berg M, Aarts J, Lei J van der. ICT in Health Care: Sociotechnical Approaches. *Methods Inf Med.* avr 2003;42(4):297-301.
3. Lyles CR, Wachter RM, Sarkar U. Focusing on Digital Health Equity. *JAMA.* 9 nov 2021;326(18):1795.
4. Parker EB. Closing the digital divide in rural America. *Telecommun Policy.* 2000;10.
5. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural. *Pour.* 2012;N° 214(2):29-40.
6. Chevillard G, Mousquès J. Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. *Doc Trav L'Irdes.* janv 2019;(76).
7. URML Normandie. Médicobus dans l'Orne-Est - Communiqué de presse [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2020/10/communiquede-presse-urml-medicobus-v2.pdf>
8. Dijk JAGM van. *The Deepening Divide: Inequality in the Information Society.* SAGE Publications; 2005. 249 p.
9. Williatte L, Filancia A, Lindenmeyer C, Mathieu-Fritz A. Chapitre 1. Regards croisés sur les modalités et les enjeux de l'expérimentation et de la généralisation de la téléconsultation médicale. *J Int Bioéthique Déthique Sci.* 2021;32(4):29-44.

10. Masquelet AC. Le soin à l'épreuve de la cure. Cah Cent Georges Canguilhem. 2010;N° 4(1):53-67.
11. Fernandez G. 3. La place du médecin de famille dans la pluralité des recours thérapeutiques. In: Les usagers du système de soins [Internet]. Presses de l'EHESP; 2000 [cité 31 août 2021]. p. 271-93. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-usagers-du-systeme-de-soins--9782859526399-page-271.htm>
12. Algan Y, Malgouyres C, Senik C. Territoires, bien-être et politiques publiques. Notes Cons D'analyse Économique. 2019;n°55(7):1.
13. Mallein P, Tarozzi S. Des signaux d'usage pertinents pour la conception des objets communicants. Cah Numer. 2002;Vol. 3(4):61-70.

Tableaux

Tableau I : Caractéristiques des enquêtés

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

Figures

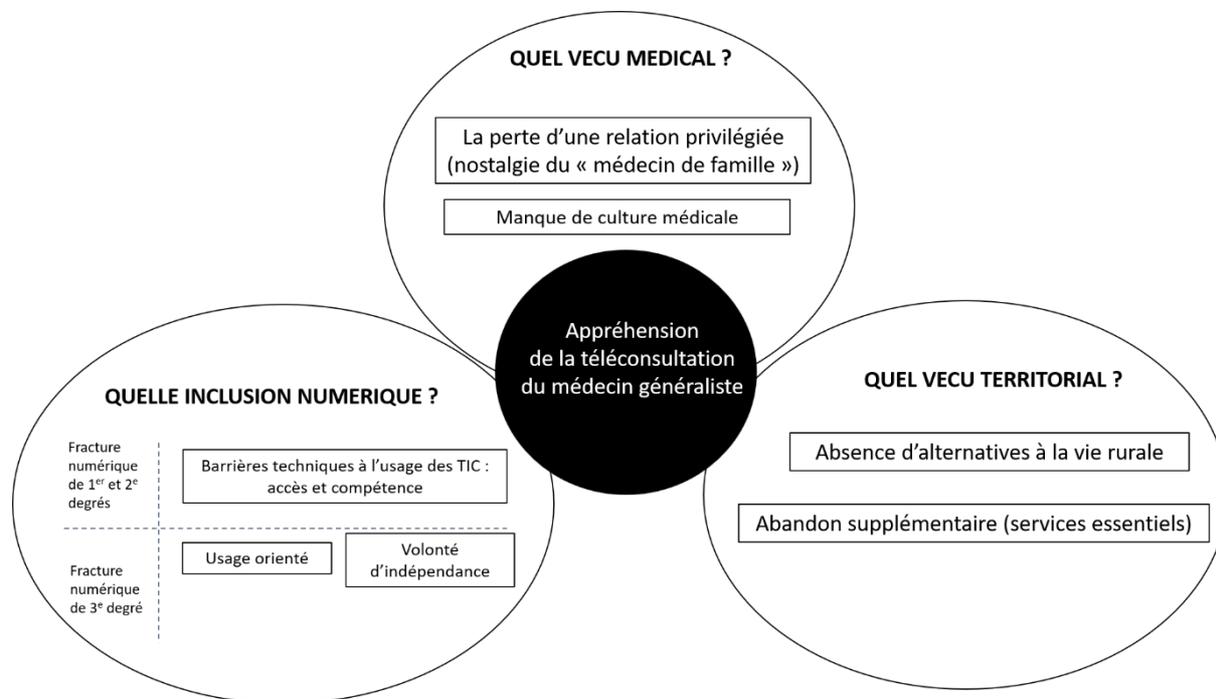


Figure 1 Facteurs influençant l'appréhension de la téléconsultation avec exemples de points de vigilance ruraux

Recommandations aux auteurs Revue Santé publique

Présentation

La revue *Santé Publique* s'adresse à l'ensemble des acteurs de santé publique qu'ils soient décideurs, professionnels de santé, acteurs de terrain, chercheurs, enseignants ou formateurs, etc. Elle publie des travaux de recherche, des évaluations, des analyses d'action, des réflexions sur des interventions de santé, des opinions, relevant des champs de la santé publique et de l'analyse des services de soins, des sciences sociales et de l'action sociale.

Santé publique est une revue à comité de lecture, multidisciplinaire et généraliste, qui publie sur l'ensemble des thèmes de la santé publique parmi lesquels : accès et recours aux soins, déterminants et inégalités sociales de santé, prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, organisation des soins, environnement, formation des professionnels de santé, nutrition, politiques de santé, pratiques professionnelles, qualité des soins, gestion des risques sanitaires, représentation et santé perçue, santé scolaire, santé et travail, systèmes de santé, systèmes d'information, veillesanitaire, déterminants de la consommation de soins, organisation et économie des différents secteurs de production de soins (hôpital, médicament, etc.), évaluation médico-économique d'activités de soins ou de prévention et de programmes de santé, planification des ressources, politiques de régulation et de financement, etc.

Les recommandations énoncées ci-après sont conformes aux normes de présentation des manuscrits établies par l'*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (convention de Vancouver). Les auteurs sont invités à s'y reporter. Le texte complet en anglais est accessible à l'adresse suivante : <http://www.icmje.org>. Une traduction en français de ce texte est disponible à l'adresse : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2015.pdf>. Cette traduction peut ne pas être à jour des dernières modifications.

Procédure de soumission

Toute proposition de manuscrit doit être soumise en ligne en se connectant à : <http://rsp.fontismedia.com/rsp>.

Lors de la soumission, il sera demandé de préciser les prénoms, noms, fonctions et affiliations de l'auteur principal et des co-auteurs, et de désigner parmi ceux-ci l'auteur correspondant. L'auteur correspondant devra mentionner ses adresses : postale et de messagerie. Sauf opposition mentionnée à l'attention du secrétariat de la rédaction, ces deux adresses seront publiées dans l'article.

Toutes ces informations ne doivent pas figurer sur le manuscrit qui doit être anonyme (cf. *infra* « Préparation d'un manuscrit »).

Pour vous aider dans la procédure de soumission, vous pouvez télécharger le guide de soumission : <http://www.sfsp.fr/doc/Guidesoumissioninternet.pdf>

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le secrétariat de la revue.

Éléments à fournir lors de la soumission

Chaque soumission d'article doit être accompagnée :

- D'une lettre au rédacteur en chef comprenant :
 - Une présentation brève de l'article (10 lignes maximum) ;
 - La désignation de l'auteur principal, des co-auteurs éventuels ainsi que de l'auteur correspondant ;
 - L'attestation de la non-publication et de la non-soumission du texte dans une autre revue jusqu'à réception de la décision de la revue *Santé publique* : en soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'apas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.
 - L'attestation que les co-auteurs éventuels ont validé l'article tel que soumis ainsi que le choix de la revue.
 - La suggestion de la rubrique pouvant accueillir son article, sachant que cette décision appartiendra à la Rédaction.

- De la déclaration d'éventuels conflits d'intérêts en joignant la version française du formulaire recommandé par *l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, renseigné par l'ensemble des auteurs Ce formulaire est disponible en ligne sur le site de soumission.

En cas de reproduction, dans l'article soumis, de documents protégés par un droit d'auteur, y compris les longues citations (plus de 500 mots), tableaux, figures, graphiques, etc. issus d'une source extérieure, fournir l'autorisation écrite de l'éditeur. Cette autorisation devra préciser qu'elle est valable pour la reproduction sur la revue imprimée et sur la revue électronique.

En soumettant leur manuscrit, les auteurs s'engagent sur l'originalité de leur article. C'est-à-dire que les données n'ont pas déjà été publiées par eux ou par d'autres, même de manière partielle.

Comme le souligne l'ICMJE, les pratiques de plagiat et d'auto-plagiat ont notamment pour inconvénient de comptabiliser les données deux fois dans les revues systématiques ou les méta analyses.
<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html>

Dans le cas où une republication présenterait un intérêt pour le lectorat, les auteurs s'engagent dans la transparence des informations qu'ils donnent à la revue. Ils doivent avoir obtenu l'accord de republication de la revue ayant publié les données en premier. Il appartient ensuite aux revues concernées du juger de l'intérêt de la re-publication. La re-publication est alors mentionnée dans le deuxième article.

Les manuscrits non conformes aux instructions aux auteurs ne seront pas acceptés. Vous devez adopter notre [feuille de style](#).

Préparation d'un manuscrit

La langue d'usage est le français.

Les auteurs peuvent utiliser les référentiels, selon le type d'étude, proposés par le réseau EQUATOR pour la présentation de leurs travaux (<http://www.equator-network.org/>).

Les articles sont publiés dans trois rubriques :

- *Politiques, interventions et expertises en santé publique* regroupe plus particulièrement les articles en rapport avec la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, les interventions et les politiques de santé ;
- *Pratiques et organisation des services de santé* présente les articles sur les services de soins, sur l'organisation et l'optimisation des systèmes de soins, ainsi que sur les systèmes de protection sociale. Les articles publiés dans cette rubrique sont en accès libre sur l'Internet dès leur publication ;
- *Afrique et perspectives internationales* publie des articles analysant les problématiques de santé et/ou visant l'amélioration des systèmes de santé en Afrique.

Dans les trois rubriques, cinq types de publications sont proposés aux auteurs :

Recherche originale

Ce type d'articles publie des études et recherches empiriques (donc basées sur l'expérimentation), des évaluations ou analyses d'interventions. Les manuscrits se conforment au plan imred (imrad en anglais) qui comporte quatre parties : Introduction, méthodes, résultats et discussion. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris. Toutefois cette catégorie peut accueillir des articles méthodologiques qui ne suivront pas nécessairement le plan imred.

Article court

Ce type d'article publie des textes courts, selon le plan imred, favorisant les résultats d'études et, éventuellement, précisant dans la discussion, les implications intéressantes pour les décideurs. L'objectif de ces articles est de faciliter la prise en compte des résultats de la recherche dans la décision en santé. Il permet aussi de publier des retours d'expériences sur des interventions en santé publique, en se conformant aux règles usuelles de la communication écrite. Ces articles courts peuvent aussi être des compléments ou des mises à jour de résultats d'études publiées antérieurement. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 15 000 signes, espaces compris. Le nombre de tableaux et de figures n'excédera pas trois pour chacun d'eux.

Ce type d'articles est recommandé par le comité de rédaction car il facilite la bonne communication des travaux publiés.

Le plan Imred

Extraits de « Écrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé », Société française de santé publique, 2006 — <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=3>

Introduction :

L'introduction insère la recherche dans un cadre général et présente le contenu de l'article. Elle se structure autour

- d'une phase d'ancrage, montrant la priorité du thème développé par l'article, et visant à le situer par rapport au contexte social et à créer la proximité avec le lecteur ;
- d'un corps permettant de passer en quelques lignes du thème général au sujet de recherche, du plus large au plus restreint. Au sein de ce sujet de recherche, on met en évidence les questions non résolues, suivant des hypothèses d'explications.
- d'un objectif, phrase-clé qui termine l'introduction. Un article de recherche présente un objectif de recherche et un seul. La méthode employée, la présentation des résultats et le cœur de la discussion se déclinent à partir de cet objectif. Des objectifs secondaires sont justifiés s'ils sont liés à l'objectif principal.

Méthodes :

Dans cette partie, sont exposées précisément les méthodes employées et ne doit figurer aucun résultat ou analyse critique. Cette partie doit être rédigée au passé pour tout ce qui évoque l'étude. Elle se structure autour

- d'une phrase clé donnant le type d'étude, son schéma général, ses grandes caractéristiques ;
- pour les actions ou évaluation d'action, de la description de l'action dans laquelle s'insère la recherche ;
- du protocole d'échantillonnage, c'est-à-dire des procédures qui ont permis de passer de la population générale au groupe de personnes incluses dans l'étude ;
- des données recueillies, de leur mode de recueil et de vérification ;
- d'un plan d'analyse des données (méthodes d'analyse qualitatives ou quantitatives, variables prises en compte, tests statistiques) ;
- de l'exposition des garanties de respect de la réglementation et du droit des personnes.

Résultats :

Cette partie ne comporte que des résultats, c'est-à-dire que l'on ne doit pas y trouver d'éléments méthodologiques, bibliographiques ou de discussion. Tous les résultats qualitatifs et/ou quantitatifs présentés dans l'article doivent s'y trouver. Cependant, l'exposé de certains résultats disponibles mais qui ne répondent pas à l'objectif principal peut être inutile, ou au contraire contribuer à la compréhension de l'article et à l'interprétation du résultat principal. Les résultats ayant déjà été obtenus, ils sont exposés au passé.

Pour la présentation des données chiffrées, tableaux et graphiques et des résultats d'une recherche qualitative, les auteurs consulteront directement l'ouvrage « Écrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé ».

Discussion :

La discussion a pour rôle d'interpréter les résultats et d'en discuter la qualité et la validité. Elle a aussi pour fonction de situer les résultats dans un contexte général, c'est-à-dire d'en montrer la convergence avec des résultats antérieurs tout en soulignant l'originalité et l'apport qu'ils représentent pour la communauté scientifique ou professionnelle. La discussion se structure autour

- D'une phrase clé résumant le résultat principal ;
 - D'une analyse des résultats, de leur interprétation et de leur confrontation avec la littérature ;
 - D'un paragraphe individualisé qui expose les limites générales de l'étude ; de perspectives afin
- D'ouvrir l'article : apport de la recherche à la connaissance générale, nouvelles hypothèses générées, nouveaux projets de recherche, applications pratiques, recommandations, etc

Synthèse des connaissances

Ce type d'articles accueille des articles de synthèse et des revues analytiques ou critiques de la littérature existante. Il peut s'agir de revues narratives où l'auteur choisit explicitement des articles qui vont argumenter son sujet. Il peut s'agir aussi de revues systématiques ou de méta-analyses où l'ensemble des articles répondant à un critère de sélection sont retenus. Les critères d'exclusion sont explicites et argumentés. Pour celles-ci, les manuscrits soumis dans cette rubrique se conforment au plan Imred. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

Opinion et débat

Ce type d'articles publie des textes courts débattant d'un sujet d'actualité en santé publique. Il peut aussi s'agir de mise au point d'un expert sur un sujet sur lequel il est reconnu. Les manuscrits soumis dans cette rubrique doivent se conformer aux règles usuelles de la communication écrite. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 15 000 signes, espaces compris.

Lettre à la rédaction

Pour favoriser les échanges scientifiques, la revue incite les lecteurs à commenter ou à réagir aux articles publiés en adressant une lettre à la rédaction. Ces lettres ne doivent pas dépasser 3 500 signes, espaces compris, et cinq références bibliographiques, dont celle concernée par la lettre. Il est possible d'y ajouter deux tableaux ou figures. Le contenu des lettres doit être fondé et constituer un apport au débat scientifique. Les lettres sont relues par le comité de rédaction. Si la lettre est acceptée pour publication, son auteur en sera informé par messagerie. Les auteurs doivent indiquer clairement leurs fonctions et affiliations, leur adresse postale et leur messagerie. Les situations de conflits d'intérêts seront aussi mentionnées dans la publication.

Les auteurs de l'article concerné ont la possibilité de répondre aux lettres à la rédaction et leur réponse peut être publiée. L'auteur d'une lettre à la rédaction peut répondre à l'auteur dans un numéro suivant de la revue, selon les mêmes modalités.

Quel que soit le type de soumission choisi, les manuscrits doivent adopter la [feuille de style](#). Ils doivent se conformer à la structuration suivante :

Page de titre

Elle comporte

- Un titre d'un maximum de 15 mots, en français et en anglais, complété d'un titre court de 5-6 mots ;
- Le nombre de signes de l'article (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures compris) ;
- La rubrique de publication de soumission, parmi les trois mentionnées plus haut
- Le type de publication de soumission, parmi les cinq mentionnées plus haut.

Page de résumé

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots pour chacune des langues, français et anglais. Pour les trois types d'article : recherche originale, article court et synthèse des connaissances, le résumé doit être structuré et donc respecter le plan : objectif, méthodes, résultats, conclusions. Il doit être informatif. Seules les lettres à la rédaction n'ont pas de résumé

Mots-clés

Ils se situent après le résumé. Les lettres à la rédaction n'ont pas de mots-clés.

Tout article doit être accompagné de six mots-clés au maximum, proposés en français et en anglais. Les mots-clés français et anglais doivent être issus en priorité du *Medical Subject Heading* (Mesh : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) et de sa version française réalisée par l'INSERM (<http://mesh.inserm.fr/mesh/>). Une version du Mesh multilingue dont le français (version INSERM) et l'anglais est disponible sur le site de la fondation suisse *Health on the net* (http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html).

Quand les mots-clés ne sont pas trouvés dans le Mesh, il est possible de faire appel aux termes pertinents de sa discipline et notamment au thésaurus de la Base de données en santé publique (BDSP : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>).

Textes

Voir les instructions *supra* selon le type de publication de la soumission.

Références bibliographiques

Les références se positionnent après le texte.

Seuls les travaux cités dans le manuscrit figurent dans les références.

Pour les types de publication *recherche originale* et *synthèse des connaissances* le nombre minimum de références est de dix ; ce nombre ne peut excéder 40. Pour les autres types de publication (sauf pour les lettres à la rédaction), le nombre minimum de références est de trois.

L'ordre pour les références bibliographiques est celui de l'apparition dans le texte.

Les références bibliographiques doivent se conformer aux normes adoptées par l'*International Committee of Medical Journal Editors* (convention de Vancouver). Les informations détaillées sont disponibles à l'adresse : <http://www.icmje.org/>

Version française : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2013.pdf>

Pour un article standard :

Les noms des auteurs figurent en minuscules, suivis des initiales du prénom, sans point et suivies d'une virgule. Lorsque le nombre d'auteurs excède six, on mentionne les six premiers auteurs suivis d'une virgule et de « et al ».

Le titre complet de l'article figure dans sa langue de publication (et non dans celle de présentation dans les bases bibliographiques). Il est suivi d'un point puis d'un espace.

Le titre de la revue est abrégé conformément à la liste des abréviations de la *National library of medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). Ces abréviations ne comportent aucune ponctuation ; les majuscules et minuscules doivent être respectées. Le titre de la revue est suivi d'un point, de l'année de publication suivie d'un point-virgule, du volume en chiffre, du numéro entre parenthèses suivi de deux points et de la pagination.

Exemples :

Tessier S, Chauliac M, Descamps Latscha B, Pol D. Éducation nutritionnelle à l'école : évaluation d'une méthode pédagogique « La Main à la Pâte ». *Sante Publique*. 2010;22(2):229-38.

Jarvis MJ, Wardle J, Walker J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ*. 2003;326:1061.

Pour un livre, on mentionne les auteurs, le titre, la ville d'édition (le pays entre parenthèses si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et le nombre de pages.

Exemple : Fassin D. Faire de la santé publique. 2^e éd. Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2008. 69 p.

Pour un chapitre de livre, on mentionne les auteurs du chapitre, le titre du chapitre, puis, précédés de « In : » les auteurs du livre, le titre du livre, la ville d'édition (le pays entre parenthèse si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et la pagination du chapitre : Exemples : Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F, éditeur. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2009.

Pour un rapport

Exemple : Acker D, Bensadon AC, Legrand P, Mounier C. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Paris : Inspection générale des affaires sociales (Fr) ; 2012. 111 p. Report No. : RM2012-046P.

Pour une page de l'internet

Exemple : Santé Canada. Médicaments [Internet]. Ottawa ; 2012 Aug [Cité le 30 oct 2012] 1 p. Disponible sur <<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index-fra.php>>.

Pour un document légal

Exemple : République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°0185 du 11 août 2004. p 14277.

Pour les autres documents et plus d'information en français sur les normes de Vancouver, vous pouvez consulter les règles de présentation des références de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement :

http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/FR_HTML_RedactionReferences.aspx

Tableaux et figures

Le nombre total de tableaux et de figures n'excédera pas cinq. Afin d'en assurer la qualité lors de la publication, les tableaux et figures sont en noir et blanc et ne doivent pas être surchargés. Ils sont insérés en fin de manuscrit (pas de fichier séparé). Ils sont appelés dans le texte par une mention entre parenthèses (tableau I).

Tableaux

Les tableaux sont numérotés en chiffres romains dans l'ordre d'appel dans le texte. Ils sont accompagnés d'un titre informatif, et d'une légende si nécessaire. En français, le séparateur de décimales à utiliser est la virgule. Les unités doivent être mises en en-tête de ligne ou de colonne. Dans une colonne, les nombres décimaux sont alignés sur la virgule. Les intervalles de confiance sont alignés sur le séparateur de borne qui est le point-virgule. Les traits verticaux sont à proscrire. Les seuls traits horizontaux se situent en début et en fin de tableau ainsi qu'en fin de tête de colonne. Les notes de bas de tableaux sont à appeler par les lettres en minuscule en exposant et dans l'ordre alphabétique, comme dans l'exemple ci-dessous :

Tableau I

Répartition des diabétiques (n = 295)

selon le genre et le type de diabète (Toulon [France], Hôpital Pasteur, 2012)^a DNID^b DID^c Total

Genre	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Hommes	180	70,0	24	63,2	204	69,2
Femmes	77	30,0	14	36,8	91	30,8
Total	257	100,0	38	100,0	295	100,0

^a : l'exemple est fictif et l'établissement n'existe pas.

^b : diabète non insulino-dépendant.

^c : diabète insulino-dépendant.

Pour obtenir le tableau ci-dessus, voici, pour modèle, l'image explicative de l'agencement des cellules sur Microsoft Word® :

Genre	DNID ^b		DID ^c		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Hommes	180	70,0	24	63,2	204	69,2
Femmes	77	30,0	14	36,8	91	30,8
Total	257	100,0	38	100,0	295	100,0

Figures

Toutes les données non produites directement par le clavier sont des figures (graphiques, dessins, photos, etc.). Elles sont numérotées en chiffres arabes dans l'ordre d'appel dans le texte. Les graphiques ne doivent pas être surchargés par des données chiffrées et par des quadrillages. La représentation des graphiques en trois dimensions n'est pas souhaitable car elle peut fausser le jugement. Pour garantir la publication des figures, les auteurs doivent les créer dans l'optique d'une impression noir et blanc. À défaut, les figures ne seront pas présentes dans l'article.

Si un tableau ou une figure sont issus d'une source extérieure, celle-ci doit être mentionnée.

Notes de lecture

La revue publie aussi des notes de lecture. Elles sont destinées à conseiller la lecture d'un ouvrage auprès de tout ou partie du lectorat. Elles sont écrites par les membres du comité de rédaction et du comité scientifique, ainsi que par les experts relecteurs de la revue. La décision de publication relève du comité de rédaction. Voici, à titre indicatif, le plan que peuvent suivre les notes de lecture :

- Référence selon les exigences uniformes pour les manuscrits soumis aux revues biomédicales (mais avec le titre en première position) ;
- Présentation de l'auteur, éventuellement on pourra situer l'ouvrage par rapport à son parcours ou ses autres écrits ;
- Objectif de l'auteur, description du contenu de l'ouvrage, citations éventuelles ;
- Commentaires personnels sur l'ouvrage (facilité de lecture, intérêt personnel trouvé à sa lecture) ;
- Limites de l'approche de l'auteur ;
- Apport en termes de connaissances nouvelles, comparaison par rapport aux acquis antérieurs ou par rapport au point de vue d'autres auteurs ;
- Lectorat particulièrement concerné par cet ouvrage, implication pour la pratique ou pour la décision politique.
- Signature : prénom et nom du lecteur.

Le contenu ne doit pas dépasser 3500 signes (espaces compris).

Informations diverses

Aspects éthiques et réglementaires

Pour les articles de recherche, les incidences éthiques doivent être mentionnées par les auteurs ainsi que les éventuels avis donnés par les comités d'éthique, dans une sous-section de la partie méthode. Les essais cliniques doivent être déclarés. De même, si une déclaration a été faite à une commission en rapport avec l'informatique et le respect des libertés, celle-ci doit être mentionnée.

Les recherches doivent se conformer aux principes éthiques (en particulier à la déclaration d'Helsinki révisée) et à la législation en vigueur du pays concerné. L'information et le cas échéant le consentement des personnes concernées par la recherche doivent être mentionnés. Les avis des instances éthiques et réglementaires relatives à la protection des personnes et/ou des données doivent être mentionnés.

Abréviations et sigles

Dans le titre d'un article et dans son résumé, les abréviations et les sigles sont à éviter.

Le terme entier doit précéder l'abréviation ou le sigle lors de sa première mention dans le texte. Il n'est pas mis de point après chaque lettre d'un sigle.

Les acronymes — sigles prononcés comme un mot — peuvent s'écrire avec la seule majuscule initiale suivie de minuscules et sans point, lorsqu'il s'agit d'institutions (exemple : Inpes) ; la majuscule n'est pas recommandée pour les acronymes devenus noms communs (exemple : sida).

Notes de bas de page

Leur utilisation n'est pas recommandée. Cependant, elles peuvent être utilisées quand un commentaire est nécessaire pour la compréhension et qu'il ne doit pas alourdir le cours du texte. Les références bibliographiques ne peuvent pas figurer en notes de bas de page.

Caractères italiques

Ils peuvent être utilisés dans certains cas :

- Les citations ;
- Les titres de journaux ou d'ouvrages cités dans le texte ;
- Les mots en langue étrangère non francisés ;
- Les citations latines ;
- Les mots à faire ressortir du texte (mais une tournure les mettant en valeur est préférable).

Remerciements

Des remerciements peuvent figurer en fin de texte, avant les références bibliographiques.

Des mentions peuvent indiquer les contributions appelant un remerciement mais ne justifiant pas une place parmi les auteurs (par exemple, le soutien du directeur d'un établissement, d'un service, d'une administration, etc.), les remerciements pour les aides techniques, les remerciements pour un soutien matériel ou financier. Dans les recommandations de l'ICMJE, on trouvera toute information complémentaire sur la définition des auteurs et des contributeurs.

Les personnes ayant contribué intellectuellement à l'article, mais dont la participation ne justifie pas le titre d'auteur, peuvent être nommément désignées et leur fonction ou contribution décrite (par exemple, conseil scientifique ou juridique, analyse critique de la méthode, recueil des données, etc.). Nous recommandons aux auteurs d'obtenir l'accord des personnes concernées avant de faire figurer leurs noms dans les remerciements car les lecteurs peuvent en déduire leur approbation des données et des conclusions. Les auteurs peuvent également dégager la responsabilité des personnes remerciées par une formule comme : « Les auteurs demeurent seuls responsables des erreurs ».

Corrections, rétractations et expressions de réserves

La revue peut publier des corrections, des rétractations et des expressions de réserves émanant, le cas échéant, des auteurs ou des financeurs ou des rédacteurs de la revue.

Médicaments

Compte tenu du lectorat international de la revue, il est préférable de désigner les médicaments par leur dénomination commune internationale. En cas d'utilisation du nom de spécialité, il faut toujours lui associer le libellé de sa dénomination commune internationale (DCI). Le nom de spécialité est écrit avec la première lettre en capitale et il est suivi du symbole des marques déposées en exposant (®).

Unités de mesure

Les mesures de longueur, hauteur, poids et volume sont exprimées en unités du système métrique. La pression artérielle est exprimée en millimètres de mercure. Les auteurs peuvent exprimer les paramètres hématologiques et biochimiques dans les unités couramment utilisées en France mais doivent nécessairement y adjoindre les valeurs converties dans le système international des unités (SI).

Droits d'auteur

La revue paraît sous deux types de supports : une édition imprimée sur papier et des éditions électroniques (sites de l'éditeur, de l'assurance maladie, de Cairn, de bases bibliographiques, cd-rom, etc.). Certaines de ces éditions peuvent être en accès libre, avec ou sans délai par rapport à la date de publication. En soumettant un article, les auteurs acceptent l'édition sur les différents supports et selon les modalités établies par la revue.

En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.

Lorsqu'un manuscrit est soumis à la revue et que celui-ci est accepté pour publication, les auteurs acceptent la cession de leur droit à la revue *Santé publique*.

La politique de la revue *Santé publique* est de favoriser largement la diffusion de ses articles. Cependant, aucun des textes publiés dans *Santé publique* ne peut être reproduit sans l'autorisation de la revue. Les auteurs s'engagent également à demander l'autorisation au rédacteur en chef de la revue *Santé publique* s'ils désirent reproduire partie ou totalité de leur article dans un autre périodique ou une autre publication. Dans les reproductions autorisées, la référence de la première publication devra être mentionnée. Toute demande de reproduction doit être déposée par écrit auprès du secrétariat. Les références de la première publication doivent être mentionnées dans la reproduction.

Mise en accès libre d'un article (*open access*)

La Rédaction de *Santé publique* donne la possibilité aux auteurs d'obtenir l'accès libre pour leur article publié et mis en ligne sur le portail de revues CAIRN, dès sa parution (au lieu d'un délai d'attente de deux ans), moyennant une contribution de 600,00 €. Pour obtenir informations complémentaires et devis, merci de contacter la Rédaction de la revue : secretariat.redaction@sfsp.fr Dans le cadre d'un partenariat de la CNAM, cette option ne concerne pas les articles publiés dans la rubrique Pratiques et organisation des services de santé car ils bénéficient d'emblée d'un accès libre.

Les auteurs ont la possibilité de financer une traduction professionnelle et publication de leur article en anglais, en parallèle de sa publication en français. La version en anglais de leur article sera diffusée sur [cairn international](http://cairn.international). Cette option est accessible sur demande pour un tarif de 1200 euros pour un article de 40 000 signes.

Procédure d'expertise

Tout manuscrit soumis à *Santé publique* est préalablement examiné par le Comité de Rédaction afin d'en vérifier :

- La conformité aux instructions aux auteurs ;
- La validité de la méthodologie employée ;
- La structuration de l'article ;
- La pertinence du thème de l'article dans le champ couvert par la revue.

Si le manuscrit n'est pas conforme ou est hors champ, il sera refusé sans expertise complémentaire. Cette procédure prend habituellement deux à trois semaines ; elle permet de réorienter rapidement les projets ne correspondant pas à notre ligne éditoriale vers d'autres supports de publication.

S'il est présélectionné, votre article sera confié à l'un des membres de notre Comité de Rédaction qui sera votre interlocuteur durant la procédure d'évaluation. Il se chargera de soumettre votre article à deux experts anonymes, et de vous remettre un premier avis quant à sa publication. Comptez environ trois mois pour obtenir ce retour d'expertise. Dans le cas de demandes de modifications, l'auteur dispose de 4 semaines pour soumettre une version corrigée dans le cas de révisions majeures et de 3 semaines dans le cas de révisions mineures. Les auteurs doivent accompagner le manuscrit révisé d'une lettre détaillant et localisant dans le texte les modifications effectuées, et répondant aux commentaires des lecteurs. Le manuscrit révisé peut être envoyé en seconde lecture auprès des relecteurs, invités à remettre un nouvel avis. La publication d'un article nécessite généralement deux vagues de révision, soit une période de préparation qui s'étale en moyenne sur six à neuf mois.

Environ 80 % des articles soumis à Santé publique reçoivent un premier avis dans les trois mois. Le taux de publication des articles à l'issue du processus d'évaluation est d'environ 40 %. Pour vous aider dans la procédure de soumission, vous pouvez télécharger le guide de soumission : http://rsp.fontismedia.com/aide_auteurs_fr.pdf

Dans le cas d'une acceptation, le manuscrit est examiné une dernière fois par la Rédaction qui peut encore demander des modifications aux auteurs.

Les lettres à la rédaction sont soumises à l'expertise du comité de rédaction qui peut solliciter l'analyse de relecteurs.

Contact

Secrétariat de rédaction
secretariat.redaction@sfsp.fr

ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Inclusion	<p>Avez - vous -déjà eu une expérience de TC ? Vous a-t-on proposé une TCS ? —> pourquoi on vous a proposé</p>
Difficultés d'accès aux soins	<p>Rencontrez- vous des difficultés dans votre suivi médical ? Lesquelles ? > MG ? spécialiste ?</p> <p>Que pensez-vous de votre accès aux soins —> en particulier pour avoir recours à votre médecin généraliste —> sentiment d'abandon ?</p>
Représentations du médecin généraliste (MG)	<p>De quoi avez- vous besoin à proximité pour vous assurer une bonne santé ?</p> <p>Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste ? —> place dans la société ? —> relation avec la famille ?</p> <p>Quelles sont les relations que vous avez avec votre médecin généraliste actuellement ? Ont-elles changé au cours du temps ?</p>
Représentation de l'accessibilité du MG	<ul style="list-style-type: none"> • Géographique —> Quel temps de route acceptez-vous de faire pour consulter un MG ? • Horaire • Créneaux d'urgence • Financière
Appréhension de la téléconsultation pour la médecine générale	<p>Que pensez-vous des nouvelles façons de consulter un médecin ? Par exemple la téléconsultation ?</p> <p>Pour vous c'est quoi la téléconsultation ?</p> <p>Comment l'envisagez-vous ? —> comment imaginez -vous ? —> quel matériel faut-il-utiliser ? —> comment pensez-vous que le médecin réalise ses consultations ?</p>

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

<p>Evaluation de l'inclusion numérique</p>	<p>Avez-vous un téléphone portable type smartphone ? Avez-vous accès à internet ? Pourquoi vous l'utilisez ? Pour la santé ? Êtes-vous à l'aise avec internet ? Avez-vous une imprimante ? Utilisez - vous des outils numériques en lien avec votre santé ? —> applications liées à la santé : tous anti covid, doctolib... —> prise de RDV en ligne</p> <p>Quel effet a eu la crise sanitaire sur votre utilisation du numérique ?</p> <p>Est - ce qu'il y a des technologies que vous refusez d'utiliser ? pourquoi ? Y-a- t-il une utilisation du numérique qui est compliquée dans votre vie de tous les jours ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour les démarches administratives ? • Dans le domaine de la santé ? <p>Comment vous positionnez vous par rapport au développement du numérique dans la société ? —> <i>Peur de la marginalisation</i> ? sentiment de situation imposée ...</p>
<p>Informations sur les patients / données socio professionnelles /ancrage territorial</p>	<p><i>Poser les questions si pas eu de réponses dans les précédentes parties</i></p> <p>Quel est votre âge ? Quel travail faites-vous ? Qu'avez-vous fait comme études ? Vivez - vous seul (e) ? Depuis combien de temps vivez - vous dans la région ? Avez-vous grandi ici ? Avez-vous de la famille ? Avez - vous un véhicule ? sinon mode de transport ?</p>

ANNEXE 2 : FICHE D'INFORMATION

Fiche d'information à remettre au patient

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

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

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

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

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

- Un droit d'accès : Vous disposez d'un droit d'information sur les données personnelles vous concernant collectées, traitées ou, le cas échéant, transmises à des tiers (article 15 RGPD).
- Un droit de rectification : Vous avez le droit de demander la correction des données personnelles incorrectes vous concernant (article 16 et 19 RGPD).
- Un droit d'effacement : Vous avez le droit de demander je demande la suppression des données personnelles vous concernant. Par exemple, si ces données ne sont plus nécessaires aux fins pour lesquelles elles ont été collectées (article 17 et 19 de la RGPD).
- Un droit à la limitation du traitement : Sous certaines conditions, vous avez le droit de demander une limitation du traitement. Dans ce cas, vos données pourront uniquement être stockées mais pas utilisées dans le cadre du traitement, sauf avec votre consentement (article 19 et 19 RGPD).
- Un droit d'opposition : vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de vos données personnelles (article 21 RGPD). Le traitement est alors arrêté par le promoteur à la date où vous en aurez fait part au contact mentionné ci-après. Cependant, l'ensemble des données préalablement recueillies à l'opposition, à la demande d'effacement, ou à la demande de limitation pourront faire l'objet d'un traitement si cela s'avère nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

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

Sabrina Boussebissi, interne en médecine
Dr Théophile Martin, médecin généraliste

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

ANNEXE 3 : VERBATIM

1. LA NOSTALGIE DU MÉDECIN DE FAMILLE

Disponibilité	<p>« Moi mon ancien médecin je pouvais le contacter à sept heures et demi du matin jusqu'à neuf heures du soir, ce n'est plus possible ça ! » (E1)</p> <p>« Dans le sens où ce n'est pas flexible, on ne peut pas organiser un RDV de médecin tout en allant au travail, il faut choisir une demi-journée pour aller au médecin. » (E2)</p> <p>« Avant il le faisait, il a supprimé les RDV ... Donc quand on fait les trois huit c'est bien pratique ... » (E5)</p> <p>« C'est peut-être plus problématique maintenant que dans le temps ... Oui parce-que dans le temps on arrivait quand même à avoir sur quelques jours des rendez-vous quand même, que maintenant, il faut attendre un certain temps. » (E7)</p> <p>« C'est plus comme avant, les docteurs ne prennent plus le temps de s'occuper de leurs patients. » (E6m)</p> <p>« Avant dans le temps, tu téléphonais au médecin il venait ... (E8) Par exemple leur demander un avis téléphonique, ça avant c'était possible ... Dans le temps oui. » (E8)</p>
Familier	<p>« J'y allais pour ma fille, je n'y allais pas pour moi. » (E1)</p> <p>« Il connaissait tout de la famille, mon beau père il l'a suivi jusqu'à la fin. » (E1)</p> <p>« Il suivait tout le monde dans la famille ? » « Oui pratiquement oui oui ! » (E6)</p> <p>« Dans le temps, avant, c'étaient des médecins qui suivaient toute la famille. » (E3f)</p> <p>« Il y a un suivi qui est important chez le médecin traitant, c'est le médecin de famille qu'on avait gamin et qui se souvenait des vaccins qu'on avait faits, que machin... que dans la famille il y avait des autistes... » (E9)</p>
Bénéficiaire du suivi sur la durée	<p>« Il a vu l'évolution peu à peu ... Parce que quand j'ai fait mon burn out [...] Elle n'a pas le même contact qu'elle avait avec son ancien médecin qui la suivait depuis plus d'une trentaine d'années. » (E1)</p> <p>« J'avais plus de rapport avec mon ancien médecin parce qu'on se connaissait depuis très longtemps. » (E4)</p>

Proximité géographique	« Pareil, il faut se déplacer, on n'a pas un médecin tout de suite au contact de la personne. » (E2)
Proximité relationnelle	<p>« On se connaissait depuis X temps il connaissait toute la famille, nos filles sont allées à l'école ensemble elles étaient très copines...Donc il y avait plein de choses, des relations pas forcément médicales... (E1)</p> <p>« On se connaît depuis toujours, on parle de tout et de rien. » (E1)</p> <p>« Ce n'était pas la même époque ils nous parlait même de la famille éventuellement. » (E6)</p> <p>« Il faut que ce soit un médecin qui nous connaisse de A à Z, qui connaisse notre vie. » (E3m)</p> <p>« On discutait, enfin on parlait beaucoup et ça c'est bien je trouve. » (E4)</p> <p>« Le médecin c'est aussi un confident. » (E3f)</p> <p>« Je parlais une heure avec lui mon Dieu ! On parlait de nos escapades, c'était le confident ! » (E3m)</p> <p>« C'est important aussi le relationnel dans le milieu médical... » (E1) « Avant j'avais mon docteur ici qui s'appelle Dr X, on discutait, enfin on parlait beaucoup et ça c'est bien je trouve. » (E4)</p> <p>« Tant que j'avais ce médecin-là, il me comprenait donc j'avais les médicaments, j'en prenais quand ça n'allait pas. » (E5)</p>
Le médecin : une figure d'autorité	« Le médecin au sein de la commune, on ne va pas dire que c'est le deuxième maire mais c'est quelqu'un d'important. » (E2)
Déplacement au domicile	<p>« Parce que les médecins maintenant comme je vous dis, ils ne sont pas... Ils ne vont plus tellement, à part certains coins où ils se déplacent encore pour voir ses patients mais maintenant c'est plutôt nous qui allons. » (E4)</p> <p>« C'était vraiment un médecin de famille, il se déplaçait quand on avait besoin et tout ça. » (E7)</p>

Gratuité	« Le médecin est venu voir une famille qui habitait au quatrième et quand il est redescendu il a frappé chez nous pour savoir si tout allait bien. » (E3m)
Sentiment de regret	« Mais je trouve que oui, niveau médecin de famille c'est bien pour moi, mais malheureusement les médecins de famille comme il y avait dans le temps c'est terminé. » (E4) « De quoi auriez-vous besoin à proximité de chez vous pour vous assurer une bonne santé ? » « Un médecin de base généraliste comme dans les années soixante » (E5) « J'aimerais bien comme dans le temps on avait les médecins de famille qu'on appelait ça ! Je ne sais pas si ça existe encore ! » (E6) « C'est quand même dommage d'en arriver là. » (E3f) « Ça n'existe plus... Il ne faut pas regarder en arrière. » (E3m)
Craindre un manque de secret médical avec le médecin de famille	« Je n'oserais pas lui parler par exemple de sexualité, alors que pour moi, c'est important maintenant avec mes médecins. Mais le médecin de famille, je n'oserais pas parce qu'il connaît la mère, le père...voilà... » (E9)

2.1. SUIVI MEDICAL CHANCELANT : Inconvénients du suivi actuel par le médecin généraliste

Nombre de médecin insuffisant	« Il n'y a pas assez de médecin de toute façon c'est sûr et certain ! » (E7) « Chez nous on ne prend plus de nouveaux patients. » (E3f) « Avant j'étais secrétaire, petit à petit on a supprimé des secrétaires et c'est moi qui restais, à qui on donnait le surplus [...] il fallait aller vite. » (E3m)
-------------------------------	--

<p>Encombrement des urgences</p>	<p>« Tandis que nous les urgences à [ville de résidence] c'est encombré. Mon mari s'est fait culbuter plusieurs fois par des bêtes, à chaque fois il s'est retrouvé aux urgences évidemment, on y passe la journée. » (E1)</p>
<p>Éloignement géographique</p>	<p>« D'ici 27 km à peu près, une petite trentaine ... donc il faut être en forme forcément, si on est malade, prendre la voiture ce n'est pas évident. » (E2)</p> <p>« Il y a quand même une heure de route pour aller se faire soigner. » (E9)</p>
<p>Délais d'attente longs</p>	<p>« C'est l'attente comme ils ont beaucoup de patients, par exemple là, mais je me suis fait piéger, parce que bon il faut s'y prendre rapidement pour avoir un RDV ... » (E4)</p> <p>« Et là maintenant dès qu'on y va c'est déjà limite parce qu'en fin de compte c'est trop tard. » (E5)</p> <p>« C'était plus facile d'avoir un RDV chez un médecin, on vous disait vous pouvez venir demain. Maintenant c'est, vous pouvez venir dans quinze jours ! Ce n'est pas pareil ... Une grosse différence évidemment. » (E6)</p> <p>« Pour avoir des rendez-vous, ça c'est très pénible. » (E7)</p>
<p>Obstacles supplémentaires (Secrétaire et barrière numérique)</p>	<p>« La secrétaire fait un sacré barrage, il faut qu'on lui déballe tous nos problèmes pour qu'elle juge, si oui ou non c'est nécessaire d'aller voir le médecin. » (E3f)</p> <p>« Quand on téléphone, ils ne sont pas capables de nous répondre on a de la musique pendant un quart d'heure si ce n'est pas une demi-heure et puis on n'a personne. » (E8)</p> <p>« J'ai téléphoné je n'arrivais pas cinq – six fois à avoir ses assistantes et ils mettaient au répondeur qu'il fallait envoyer un mail. » (E5)</p>

<p>Absence de continuité des soins</p>	<p>« Si cette situation venait à se reproduire aujourd'hui serait-ce un peu plus compliqué ? »</p> <p>- « Plus compliqué oui » (E1) (en parlant d'un moment de sa vie où son état de santé a nécessité des RDV réguliers).</p> <p>« Ça s'est dégradé, je ne vais pas souvent au médecin, je ne suis pas souvent malade, il n'y a même plus le minimum ! » (E5)</p> <p>« C'était très pénible car il y avait un médecin qui me disait quelque chose et l'autre qui me disait l'inverse. » (E6f au sujet des changements de médecins)</p> <p>« Et puis les généralistes tournent pas mal, il n'y a pas vraiment de généraliste fixe. On s'habitue à quelqu'un ... On prend RDV et on vous dit que ça fait trois mois qu'il est parti. » (E3f)</p> <p>« [le médecin généraliste] c'est quelqu'un qui est tenu à nous suivre plusieurs années. C'est ça aussi qui peut être dérangent ici, c'est qu'on ne sait pas combien de temps les gens vont rester. » (E9)</p>
<p>Perdre confiance liée au changement de médecin</p>	<p>« Quand on a un médecin on lui fait confiance, mais quand on a un médecin qui vous dit quelque chose et l'autre l'inverse, on ne sait plus. » (E3f)</p>
<p>Indisponibilité</p>	<p>« C'est vrai que ça devient vite compliqué quand c'est urgent. » (E3f)</p> <p>« Oui, tandis que maintenant on ne va pas vous prendre, on vous dit vous faites le 15 vous allez aux urgences. » (E8)</p> <p>« Moi mon ancien médecin je pouvais le contacter à sept heures et demie du matin jusqu'à neuf heures du soir, ce n'est plus possible ça ! » (E1)</p> <p>« On sent qu'il est un peu surbooké. » (E2)</p> <p>« Non pas de secrétaire, on peut l'appeler mais il va dire qu'il faut prendre RDV sur [plateforme de RDV médical], c'est ça qui est un peu compliqué. D'un côté ça lui laisse du temps pour avoir d'autres patients aussi, ce n'est pas une critique, mais ça devient moins flexible</p>

	<p><i>pour les patients. » (E2)</i></p> <p><i>« Mais à chaque fois qu'on y va, moi j'y vais une fois par an, je vois bien qu'il y a toujours un barrage. » (E5)</i></p> <p><i>« Il y a le fait, aussi que des fois, ils ont tant de temps à accorder parce qu'ici ils sont surbookés » (E4)</i></p>
Absence de déplacement à domicile	<p><i>« On a appelé le médecin généraliste pour se déplacer et ils ont refusé, c'est quand même un problème ! » (E3f)</i></p> <p><i>« Je ne sais même pas si elle se déplace en ville au cas où on ne peut pas se déplacer ... » (E6)</i></p> <p><i>« C'est à dire qu'il faut se déplacer.... Tant qu'on peut se déplacer il n'y a pas de problème... » (E4)</i></p>
Manque de relationnel et de communication	<p><i>« Donc elle essaie d'en parler à son médecin qui lui a dit d'aller consulter un psychiatre. Je crois qu'elle ne l'a pas compris [...] bon j'ai trouvé ça déplorable, son attitude je lui ai dit... » (E1)</i></p> <p><i>« Donc j'ai vu une médecin, c'est Mme X... J'avais pris RDV et je me suis heurté à un mur. Les autres là, les généralistes, ils me comprenaient mais les nouveaux... Ah non ils sont à côté de la plaque. » (E5)</i></p>
Expliquer le manque de relation humaine par les contraintes économiques et le manque de personnel	<p><i>« C'est la cadence maintenant, avant il n'y avait pas ça ... avant c'était le relationnel, l'humain. » (E3m)</i></p> <p><i>« C'est ça, le temps c'est de l'argent... mais c'est la vie qui veut ça, ce n'est pas spécial aux médecins... avant on était plus au service de... » (E3m)</i></p>
Associer le manque de communication et la surcharge de travail	<p><i>« Oui une quarantaine d'années à peu près ... Peut-être surbooké aussi, maman a peut-être voulu lui parler de son petit souci à un moment où elle était surbookée. » (E1)</i></p> <p><i>« Parce qu'ici ils sont surbookés, bon je prends toujours la comparaison qu'en région parisienne on a plus le temps de discuter ». (E4)</i></p>

<p>Accepter les problèmes de communication</p>	<p>« Je ne me suis pas arrêté à ce genre de choses heureusement, parce que dis donc ! » (E1)</p>
<p>Moins de connaissances des patients</p>	<p>« C'est différent parce que, bon on se connaît moins, déjà ça fait deux ans mais sinon moi je trouve que ça se passe bien... » (E4) « C'est vrai que si elle va voir un nouveau médecin, elle a tout à reprendre et à réexpliquer. » (E6f)</p>
<p>Encombrement administratif</p>	<p>« Oui, ça a changé, l'impression de causer à un mur, à un ordinateur. » (E5) « Même vous allez à la pharmacie, c'est plus que des « remplissent papiers » ils ne sont pas là pour vous donner un conseil sur les médicaments ...je préfère faire 20 km à [ville éloignée] pour aller chercher les médicaments parce qu'ils sont plus "réception" eux et à l'écoute » (E5) « C'est cool, j'ai un médecin traitant sur le papier, c'est génial avec la sécu du coup, voilà j'ai fait mon job, un médecin traitant, mais bon par contre, ses prochains rendez-vous, ça va être début août... » (E9 en soupirant)</p>
<p>Tarifcation de tout acte</p>	<p>« On sent bien que c'est un business ... C'est l'argent... Je pense que c'est ce qui attire beaucoup de médecins, le fric. » (E3f)</p>

2.2. SUIVI MEDICAL CHANCELANT : Difficulté d'accès aux autres spécialités médicales

<p>Manque de suivi de second recours</p>	<p>« Alors des spécialistes n'en parlons pas, l'otorhino prend sa retraite, l'ophtalmo prend sa retraite, non mais c'est incroyable ! le cardio c'est pareil ! » (E6)</p> <p>« Autant les généralistes c'est plus facile parce qu'on arrive toujours à trouver des centres près de chez soi. » (E3f)</p> <p>« Oui, c'est la croix et la bannière pour avoir un médecin, pour avoir un ophtalmo ... Les spécialistes c'est pareil ! c'est affolant ! Il ne faut pas être malade à la campagne c'est ce que je dis. » (E1)</p> <p>« Comme je vous dis pour l'instant on est encore privilégiés parce qu'on a quand même trois docteurs et des cabinets dentaires mais moi, ce serait un truc plus près, ce serait pour passer des radios ... mais c'est tout » (E4)</p> <p>« Je me soigne depuis les années 80 à [nom de ville] chez mon dentiste mais là c'est pareil il va partir bientôt à la retraite. » (E5)</p>
<p>Manque de suivi par la médecine du travail</p>	<p>« Parce que s'ils le détectent par exemple au boulot à la médecine médicale, maintenant on les voit tous les 4 - 5 ans avant c'était tous les ans c'était un peu trop, mais après s'ils m'ont détecté quelque chose c'est trop tard. » (E5)</p>
<p>Coût des soins trop élevé</p>	<p>« Ça me coute 70 euros pour me dire vous revenez dans un an... C'est tout, il ne me consulte pas. Il regarde le PSA seulement et me dit vous revenez dans un an. » (E6)</p>

2.3. SUIVI MEDICAL CHANCELANT : Sentiments ressentis

L'incompréhension	« Pourquoi on ne peut plus avoir un médecin en face de nous, pourquoi ?! » (E8)
Le Regret	« Je trouve ça assez dommage. » (E1) « Les médecins, c'étaient une mauvaise surprise. » (E9 au sujet de sa nouvelle vie rurale)
La crainte pour l'avenir	« C'est par la suite qu'on commence à s'inquiéter en se disant, que quand on va vieillir, ce sera peut-être plus difficile. » (E4) « Peut- être en vieillissant si ! Avoir la peur de se retrouver tout seul et de ne pas pouvoir se déplacer ». (E7 au sujet de la possibilité de quitter la campagne à cause du manque de médecin.) « En plus, ce sont des médecins âgés généralement à la campagne, on a très peu de jeunes très peu... Quand on regarde autour de soi, il n'y a que des médecins âgés, il nous faut des jeunes. Il faut une relève. » (E1) « Ce n'est pas viable. » (E6f)
Sentiment de solidarité	« Encore nous, avec ma femme ça va, mais les gens qui ont perdu leurs proches qui se retrouvent tout seuls dans leur maison, qui n'ont pas forcément la maîtrise d'internet, là ça devient morose. » (E2) « Je comprends les personnes plus âgées qui ne peuvent pas se déplacer. » (E4) « Ça veut dire que toutes les personnes âgées qui n'ont pas d'ordinateur ou de tablette, comment ils feraient ? » (E6f)
Vouloir rendre attractif sa commune	« Pour ça, il faut avoir des professionnels qui sont motivés. Lancer le pari et se dire, je m'installe, j'ouvre un restaurant, j'ouvre un bar, j'ouvre un cabinet médical dans ce petit village et on verra bien. Plus il y a de service, plus il y a de gens qui viennent dans ce village là et plus le village s'agrandit. » (E2)

2.4. SUIVI MEDICAL CHANCELANT : Facteurs d'acceptation

L'habitude du manque de médecin	<i>« On n'a jamais eu beaucoup de médecins ici. » (E7)</i>
Constater que la médecine évolue comme les autres services (rentabilité)	<i>« Tout devient “ à la chaîne “. » (E9)</i>
Être plus exigeant en ayant vécu à la ville	<i>« Bon, je suis peut-être exigeant parce que je viens de la région parisienne. » (E4)</i>
Constater un meilleur accès par rapport à d'autres localisations ou situations	<ul style="list-style-type: none"> - E4 : <i>« Ces préoccupations là, vous les avez pour les radios, hôpitaux ... »</i> - <i>Mais est-ce que pour le médecin généraliste c'est aussi le cas ?</i> - E4 : <i>« Non, enfin moi j'avais mon docteur qui est parti en retraite, maintenant j'ai le Docteur X et en quinze jours il nous a pris. Il y a des coins qui sont encore plus mal lotis que nous ... quoi qu'ici je vous dis, il y a des difficultés mais on n'est pas les plus mal lotis quand on voit certains coins qu'on connaît parce qu'on bourlingue quand même pas mal. » (E4)</i>
Constater un problème d'accès à partir d'un certain seuil	<i>« Il y a des gens qui sont plus malades que nous donc ce seraient peut-être des gens comme ça, à qui il faudrait poser la question. » (E4)</i>
Ne pas se sentir en danger pour les soins urgents	<p><i>« Non, non, non, parce que s'il y a vraiment un souci on peut se déplacer et il y a les urgences pour les cas compliqués. » (E1)</i></p> <p><i>« Oui autrement, si vraiment il y a une urgence il n'y a pas de problème, il est présent. » (E2)</i></p>

2.5. SUIVI MÉDICAL CHANCELANT : Actions envisagées

<p>Envisager de se rapprocher d'une ville pour améliorer son suivi médical</p>	<p>« Mais on s'aperçoit que par la suite malheureusement ...On n'envisage pas de revenir sur paris ou la région parisienne hors de question, mais peut-être de se rapprocher d'une grande ville. » (E4)</p> <p>« Oui, je me dis c'est mieux d'être dans une grande ville. » (E3m)</p>
<p>Renoncer aux soins</p>	<p>« Là j'essaie d'éliminer pour y aller le moins possible, ça s'éloigne. » (E5)</p>
<p>Vouloir trouver une solution au problème</p>	<p>« Il faut trouver une solution, il faut faire travailler nos commerçants. » (E1)</p> <p>« On arrive toujours à trouver une solution ou une permanence comme le Médicobus, on arrivera toujours à trouver quelque chose pour les gens qui ne sont pas pour la vidéo consultation, pour pouvoir leur proposer une consultation réelle, une personne réelle. » (E2)</p> <p>« Il y a la pharmacienne qui vient de s'installer, elle est jeune, il faut l'encourager et la faire travailler sinon on n'aura plus de pharmacie. » (E1)</p> <p>« Au sein de cette commune, on arrive à toujours rebondir, dès qu'on voit qu'il y a un commerçant qui commence à se dire qu'il va devoir partir, on rebondit là-dessus, soit on trouve quelqu'un soit, on trouve une alternative. » (E2)</p>

2.6. SUIVI MEDICAL CHANCELANT : Cas négatif satisfait du suivi par son médecin généraliste

Satisfaction professionnelle	« <i>Qu'il soit à l'écoute déjà...Et puis bon après, elle est un bon médecin on ne peut pas dire, elle est ... c'est un bon toubib aussi ! (E7)</i> »
Suivi médicale continu depuis de nombreuse année	« <i>Elle me suit moi et mon mari [...] elle suit mes petits-enfants mais ils sont déjà grands [...]</i> » « <i>Ça fait déjà un certain temps [...] une bonne dizaine d'années ?</i> » (E7 à propos de son suivi avec son médecin)
Satisfaction relationnelle	« <i>Oui oui, elle ne nous envoie pas promener, même si elle est en retard elle va discuter.</i> » (E6)

3.1. FRACTURE TERRITORIALE : Contraintes du rural

Manque d'attractivité de la campagne	« <i>C'est vrai qu'un citadin n'a pas envie d'arriver à la campagne dans un « trou perdu », mais bon comme la semaine dernière, on a eu dix centimètres de neige on était bloqués.</i> » (E1) « <i>Pour un jeune médecin ça doit être plus avantageux d'aller dans une grande ville que dans un petit village, ou d'aller plus dans le sud que d'aller dans le nord [...] après tout, le médecin, il fait ce qu'il veut. Il a bien raison d'aller au soleil et dans les villes où c'est plus attractif.</i> » (E2)
Constater une préférence de la population pour le milieu urbain et les régions du sud	« <i>Ce sont les villes qui comptent, je crois, beaucoup plus.</i> » (E4) « <i>.. Ou alors à côté, dans les grandes villes, il y a beaucoup trop de médecins pour la population, ce n'est pas équitable. Ce que je comprends, on a tous envie d'aller vivre dans des grandes métropoles.</i> » (E3f) « <i>J'avais un ami qui avait une maison à Antibes, il me dit qu'il y a des toubibs.</i> » (E4)

Manquer d'accès à la culture	« Je ne vais plus au théâtre, mais je pense au niveau culturel aussi... Ils font des progrès mais pour aller au théâtre il faut aller à [ville lointaine] ... Donc la culture ... » (E4)
Manque de socialisation	« En étant célibataire, c'est plus compliqué de rencontrer des gens. » (E9)
Nécessité d'être véhiculé	« On est tout le temps en voiture. Il faut en tenir compte pour la vie à la campagne, il faut tenir compte de la distance, du temps tout ça...de l'argent que cela génère. » (E9)

3.2. FRACTURE TERRITORIALE : Vécu en ville différent

Proximité des structures de soins	<p>« On était en région parisienne [...] on était à côté de tout. À 500 m, il y avait cinq, six docteurs dans un petit périmètre. Je ne vous parle même pas de Paris, je vous parle de la région parisienne ! Il y avait un radiologue à 500 m, on avait des dentistes, il y en avait ...Enfin c'était complètement différent ! » (E4)</p> <p>« Ah oui je ne peux pas comparer là c'est sûr. Certainement que dans les grands centres ça doit être mieux quand même. » (E7)</p> <p>« Le seul truc qui me manque, c'est effectivement, consulter un ostéo, consulter... Enfin voilà, tout ça rapidement quoi ! » (E9)</p>
Amélioration économique	« Je travaillais juste à côté de chez moi je gagnais 850 euros par mois, et en ville pour le même travail je gagne 1400 euros. » (E3f)
Stress	<p>« Oui, parce que ma femme et moi on a travaillé pendant quarante-deux ans en région parisienne et Paris, c'est pour ça que j'ai de la tension d'ailleurs. » (E4)</p> <p>« Un milieu très speed et c'est vrai que depuis on est très bien ici. » (E4)</p>

Anonymisation	« À Paris au moins, en termes de confidentialité, on est tranquille puisque personne ne se connaît. Ici, il y a un peu de jugement, il y a des jugements moraux aussi, attention !! » (E9)
Problématiques de soins différentes	« Mon mari est transporteur en bestiaux, moi aussi je fais du transport de bêtes. Pour mon mari, notre salarié c'est pareil, personne ne met le masque ... Dans les campagnes personne ne met le masque. » (E1) « Nous, on n'a pas été confiné, on a continué nos activités. Ça n'a pas été un confinement comme pour certaines personnes, on a pu sortir tous les jours. » (E1) « C'est une bonne question ! Je ne suis pas certain qu'en ville ils soignent mieux, ils ont d'autres problèmes en ville. » (E8)
Accès à la culture	« Je ne vais plus au théâtre, mais je pense au niveau culturel aussi... Ils font des progrès mais pour aller au théâtre il faut aller à [ville lointaine] ... Donc la culture ... » (E4)
Socialisation	« En étant célibataire, c'est plus compliqué de rencontrer des gens. » (E9)
Être peu intéressé par la ville	« En ville, je ne sais pas trop comment ça se passe, je ne me suis jamais informé là-dessus parce que je n'ai pas le temps, ça ne m'est pas venu à l'idée. » (E1)

3.3. FRACTURE TERRITORIALE : Sentiment ressentis

<p>Se sentir laissé-pour-compte</p>	<p>« Déjà que les campagnes sont vides, bien qu'il y ait beaucoup de parisiens... Je trouve ça un peu dommage, on va être laissés-pour-compte. » (E1)</p> <p>« Disons qu'on n'est pas prioritaires dans le sens où on n'a pas non plus une grosse usine dans la commune. » (E2)</p> <p>« C'est vrai qu'ici à la campagne on est un peu délaissés, mais ce n'est pas que pour la médecine. Il y a certains endroits, pour moi, qui sont complètement délaissés. » (E4)</p> <p>« Regardez tous les commerces qu'il y avait dans les petites communes et ceux qu'il y a encore maintenant !! » (E8)</p>
<p>Ressentir une fatalité</p>	<p>« Ah non pas spécialement, non non parce que c'est la conjoncture qui le veut ! » (E7 en répondant à la question du sentiment d'abandon des campagnes).</p>
<p>Se sentir contraint de rester à la campagne</p>	<p>« On a tous envie d'aller vivre dans des grandes métropoles [...] On a divorcé et je suis revenu vivre chez ma mère le temps de trouver un logement. » (E3f)</p> <p>« Je travaille à 50 km de chez moi, ça fait de bonnes journées. » (E3f)</p> <p>« Mais l'hiver, les routes ne sont pas trop dégagées, ça se dégrade ! » (E5)</p>
<p>Juger être responsable d'au moins une partie de l'abandon des zones rurales</p>	<p>« Ce serait bien qu'ils fassent un peu plus, si les campagnes sont vivantes c'est parce que les maires font aussi en sorte de prendre les bonnes décisions au bon moment. Ce sont les élus locaux qui font une bonne moitié du boulot. » (E2)</p> <p>« C'est à l'état aussi de diriger les médecins vers les régions où il en manque. » (E2)</p>
<p>Se sentir décrédibilisé par les « gilets jaunes »</p>	<p>« C'est passé pour un mouvement de cas social, à force de tout casser on n'aura plus rien. » (E2, au sujet des gilets jaunes)</p> <p>« Je ne sais pas nous on ne nous demandera pas notre avis. » (E8)</p>

4.1. INFORMATIONS AU SUJET DE LA TELECONSULTATION

<p>Par les médias</p>	<p>« J'ai vu sur "Ouest France" des articles, sur [une ville à proximité] tout ça ils en ont fait. » (E5) « J'ai vu à la télévision quand ils ont expliqué » (E4) « À la télé » (E7)</p>
<p>Connaitre la TC par expérience personnelle ou proche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Votre Mari a déjà de la téléconsultation ? - E8 : Ouais avec le cardiologue [ville lointaine] lui a demandé d'après ses résultats d'analyse. - Il a fait comment ? avec quoi ? - E8 : Par téléphone - Et est-ce que le téléphone c'est la seule façon de faire la téléconsultation ou est-ce que vous avez vu d'autres façons de faire ? Peut-être dans les médias ou d'autres gens qui vous en ont parlé ? - E8 : non - Parce que pour vous la téléconsultation, c'est par téléphone ? - E8 : oui
<p>Connaissance partielle</p>	<p>« Oui grosso modo. » (E4) « Oui j'ai vaguement entendu parler. » (E7)</p>

4.2. TELECONSULTATION : Craintes techniques

Utilisation	<p>« Oui exactement la peur de ne pas pouvoir y arriver, de faire des bêtises. » (E7)</p> <p>« Je ne sais pas du tout comment ça fonctionne donc quand moi je ne sais pas, ça me fait peur. » (E6f)</p> <p>« En téléconsultation, il peut y avoir un peu un stress quand même de généré. » (E9)</p>
Limites sensorielles	« Elle n'y arriverait pas car déjà le téléphone c'est compliqué. » (E6f au sujet de la grand-mère)
Comprendre qui est son interlocuteur	« Je ne sais pas si elle comprendrait que c'est un médecin sur la tablette. » (E6f au sujet de sa grand-mère)
Craindre un instrument de contrôle des populations	« C'est à dire, ça fait un peu comme sur Internet les données. Déjà ils savent à peu près tout sur nous et ils vont en savoir encore plus sur la vie privée. Les limites ça fait un peu comme le covid ...la démocratie, elle est en train de ... c'est la dictature, là ça va faire pareil. Chacun ses problèmes c'est anonyme ! Ça va arriver bientôt mais après c'est divulgué à tout le monde, ça ne reste pas dans le secret. » (E5)
Craindre une mauvaise protection des données à caractère privé	<p>« C'est à dire, ça fait un peu comme sur Internet les données. Déjà ils savent à peu près tout sur nous et ils vont en savoir encore plus sur la vie privée. Les limites ça fait un peu comme le covid ...la démocratie, elle est en train de ... c'est la dictature, là ça va faire pareil. Chacun ses problèmes c'est anonyme ! Ça va arriver bientôt mais après c'est divulgué à tout le monde, ça ne reste pas dans le secret. » (E5)</p> <p>« Que ce soit vu par d'autres personnes, ce n'est pas clos, les images peuvent être enregistrées. » (E6f)</p> <p>« Le problème de la vidéo, c'est qu'on ne sait pas qui enregistre derrière ou qui il y a derrière, forcément. » (E9)</p>

<p>Avoir expérimenté un manque de protection de données</p>	<p>« Je vais vous raconter avec mon [professionnel de santé], on passait par [messagerie instantanée en ligne]. Et il a remarqué qu'il recevait des pubs qui étaient liées à ce qui se disait dans la conversation. Donc il a tout de suite arrêté ça et maintenant on passe par une plateforme. Et en fait, ça me rassure beaucoup plus. Je me dis que c'est crypté. » (E9)</p>
<p>Ne pas craindre problème de sécurisation des données</p>	<p>« Non pas du tout » (E7 concernant l'inquiétude par rapport à la sécurité des informations médicales) « Non, je me suis dit : qu'est-ce qu'ils en ont à faire de mes conversations avec le psy... (rires) mais en fait c'est vrai, après c'est vrai que quand il m'a dit qu'il reçoit de la pub qui est liée à ce qu'on avait dit dans la consultation, c'est un questionnement. Mais bon ce sont des algorithmes, des trucs comme ça donc... » (E9)</p>

4.3. TELECONSULTATION : Craintes relationnelles

<p>Craindre de manquer de relations humaines</p>	<p>« J'aime bien avoir quand même le contact d'une personne, on n'a affaire qu'à des machines. » (E5) « La personne dans son cabinet, c'est plus relax. » (E3m) « Et puis on n'a plus de contact humain, on n'a plus rien, on a plus que des machines. Même quand vous allez chercher des sous à la banque, maintenant tu n'as plus que des boutons à appuyer et puis c'est tout. » (E8) « Tout se fait par ordinateur et pour ma fiche de paie et tout, c'est soit par mail et après c'est toujours la machine, il y a une machine [...] Il n'y a pas d'humain, il n'y a que des murs donc c'est un peu trop froid. » (E5)</p>
--	--

<p>Craindre de majoration de la violence liée au manque de relations humaines</p>	<p>« C'est ce qu'il se passe dans la vie, ils ne causent pas, ils, se tirent dessus. On a affaire à des machines, on n'a plus de contact humain, c'est là qu'est le danger ». (E5)</p> <p>« Quand on voit tous les trucs qui se passent avec les réseaux sociaux, les gamins avec les tueries qu'ils font, s'ils n'avaient pas accès ces jeunes, aux réseaux sociaux ... Ils se tuent pour des histoires de rien. » (E6)</p>
<p>Accepter la visioconférence pour une relation professionnelle</p>	<p>« Le comptable je m'en fous, on parle de chiffres mais le médecin tout de suite non. Il y a des choses qu'on dit plus facilement à son médecin quand il est en face de soi plutôt qu'en visio. » (E1)</p>
<p>Craindre de ne pas être assez explicite</p>	<p>« Il faut être à l'aise déjà pour pouvoir parler avec quelqu'un sur ordinateur, savoir s'exprimer correctement pour expliquer ce qu'on a réellement. » (E2)</p> <p>« Peut-être avoir peur de ne pas m'exprimer comme il faut, ne pas savoir sur une question qu'il me pose ou des trucs... » (E4)</p> <p>« J'aurais peur de mal doser la douleur, enfin sur une échelle de 1 à 10...des trucs comme ça. Je ne me sens pas, je ne sais pas, je ne me sens pas... » (E9)</p>
<p>Manquer de communication non verbale</p>	<p>« Alors le voir en direct le médecin ça permet qu'il puisse toucher les différentes parties du corps pour savoir si c'est plus là ou plus là. Ou même le fait de voir en réel la personne, il va voir tout de suite qu'il y a ça et ça à faire... je pense... pour moi ! » (E2)</p> <p>« Là je donne un exemple : mon père a des douleurs au niveau de l'articulation, pour expliquer sur un écran où il a mal exactement, si c'est une déchirure, si c'est une tendinite, si c'est de l'arthrose, là le médecin ça ne va pas être évident pour lui. » (E2)</p>

<p>Crainces de manquer de culture médicale</p>	<p><i>Au niveau électromécanique faut aussi être précis je pense ?</i></p> <p>- « <i>Oui, mais c'est un domaine que je maîtrise, que la médecine, moi je ne maîtrise pas du tout.</i> » (E2)</p> <p><i>Pourtant j'ai l'habitude mais pour la santé c'est autre chose je trouve.</i> » (E4)</p> <p><i>Comment on dit qu'on a mal ?</i> » (E6f)</p> <p>« <i>En fait j'aurais peur de mal expliquer comment j'ai mal.</i> » (E9)</p>
<p>Crainte d'être obligé d'être efficace</p>	<p>« <i>Ça me stresserait parce que j'aurais l'impression que derrière, il est pressé et qu'il faut qu'on se dépêche.</i> » (E3m)</p>
<p>Craindre de manquer d'une démarche de recherche de soins, déjà thérapeutique en soi</p>	<p>« <i>Je vous dis déjà, il y a tout l'environnement d'aller chez le médecin. Enfin, après c'est peut-être psychologique, mais on fait la démarche d'y aller, on y va, on va dans un cabinet.</i> » (E9)</p>
<p>Crainte de la majoration de l'isolement</p>	<p>« <i>Il y a des personnes qui sortent peu, et c'est idiot mais ça fait une sortie.</i> » (E6f)</p>
<p>Assimiler téléconsultation à rencontre en vidéo intime</p>	<p>« <i>Je ne me vois pas montrer ma fesse à la caméra, ce serait un peu particulier.</i> » (E3f)</p> <p>« <i>A des rencontres par vidéo, des choses comme ça mais enfin, je ne fais pas de lien mais genre surtout si c'est des parties intimes, je m'imagine mal, montrer devant la vidéo.</i> » (E9 en parlant de ce que la téléconsultation lui évoque)</p>
<p>Craindre un manque de spontanéité dans la conversation</p>	<p>« <i>Les personnes ils se voient mais ça fait un peu comme une téléconférence, ça fait comme un match de ping pong [...]</i></p> <p><i>Il y a quelque chose qui ne va pas.</i> » (E5)</p>
<p>Craindre un manque d'attention du médecin</p>	<p>« <i>S'il est chez lui, ça me dérangerait un peu plus. Donc mon [professionnel de santé], ça m'a vachement dérangé un jour où je l'entendais faire le café.</i> » (E9)</p>

<p>Avoir besoin d'une relation en face à face pour être en confiance</p>	<p>« C'est ce qu'on fait actuellement, discuter face à face, pouvoir voir l'expression de la personne, c'est pour travailler, avoir une réflexion plus rapide ne pas se limiter à une image mais à une personne. » (E2, au sujet du rapport humain)</p> <p>« Je suis plus pour le contact comme ça, comme vous parlez comme ça j'aime bien. » (E4)</p> <p>« Bon, j'aime bien les voir par [nom d'une application pour faire des appels vidéo] ... Mais je préfère, comme là, je les ai eu pendant quelques jours je préfère ! » (E4 au sujet des enfants)</p> <p>« Je serai peut-être plus intimidé, que plutôt voir la personne en face de moi. » (E4)</p> <p>« C'est déjà plus sécurisant. Comme là il me fallait un certificat médical, la doctoresse elle a compris mon cas je lui ai expliqué ». (E5 qui compare la téléconsultation avec le Médicobus qu'il trouve plus rassurant)</p>
--	--

4.4. TELECONSULTATION : Augmentations des craintes relationnelles avec le confinement

Lassitude du distanciel au travail	« J'ai déjà mes comptables qui sont en télétravail ça suffit ! » (E1)
Regretter le tout distanciel	« Je ne sais pas, déjà il y a le rapport humain, c'est vrai que maintenant tout est "télé", télétravail, téléconsultation, on a plus vraiment de rapports humains en direct. » (E2)
Avoir besoin de temps conviviaux	« Le rapport humain avec les confinements du mois de Mars, donc il y a un an maintenant, on a fait des apéros en visio, et je trouve qu'il y a quand même moins de charme [...] Ça ne remplacera jamais une vraie soirée. » (E2) C'est comme quand vous voyez vos amis par vidéo et que vous les voyez en vrai, c'est bien mais il manque quelque chose ... » (E9)
Craindre la majoration de l'isolement	« C'est triste, le couvre-feu à 18h, c'est le moral qui en prend un coup. Encore nous, avec ma femme ça va, mais les gens qui ont perdu leur proche qui se retrouvent tout seul dans leur maison, qui n'ont pas forcément la maîtrise d'internet, là ça devient morose. » (E2)

4.5. TELECONSULTATION : Adaptation relationnelle

Penser avoir les capacités de s'exprimer face à l'écran	« Dans mon cas encore parce que je peux m'expliquer aussi à l'écran ! » (E6)
Envisager de s'adapter avec le temps	« Peut-être qu'à force d'en faire pourquoi pas, peut-être qu'à force on aura l'habitude. » (E2)

4.6. TELECONSULTATION : Les craintes biomédicales

<p>Craindre l'erreur</p>	<p>« C'est compliqué de prescrire des médicaments à travers un écran sans avoir touché la personne, on risque de se tromper. » (E2)</p> <p>« C'est quand même différent la téléconsultation, on peut avoir bonne mine à l'écran. » (E6)</p> <p>« Alors que le médecin généraliste, je me demande justement comment ce serait, enfin sans auscultation comment il pourrait établir un diagnostic en fait. C'est ça qui me dérangerait un peu. » (E9)</p> <p>« Moi j'ai eu une amie, qui a eu un bébé, qui a eu une tumeur tout bébé, s'il n'avait pas palpé il ne l'aurait pas vu, en téléconsultation il ne l'aurait pas vu. » (E8)</p>
<p>Craindre trop d'autonomie</p>	<p>« Mais sinon il faut voir quand même la personne, sinon on se fait auto médecin. » (E5)</p> <p>« Ça risque même de court-circuiter les médecins parce que les gens vont s'auto médicamenter (s'automédiquer), ils vont faire le boulot tout seul. » (E5)</p>
<p>Craindre des difficultés pour les motifs complexes</p>	<p>« Pour des trucs bénins bon ça peut le faire mais pour des trucs importants non ! » (E7)</p>
<p>Craindre de manquer l'effet psychothérapeutique de la rencontre</p>	<p>« Ils vont quand même faire l'effort de s'habiller, je pense que ça fait du bien au mental. » (E6f)</p>

4.7. TELECONSULTATION : Un pis-aller

Atténuation de la crainte : cas de téléconsultation envisagé par les patients	
Envisager pour des motifs bénins	<p>« <i>Oui pour des choses qui ne sont pas très importantes quand même.</i> » (E7)</p> <p>« <i>Je pense que ça peut être bien surtout pour les petites choses (diarrhée, constipation...).</i> » (E6f)</p>
Accepter avec un médecin inconnu si motif bénin	<p>« <i>Non ? Ça peut être n'importe quel médecin, parce que ce serait des motifs bénins ?</i> »</p> <p>- « <i>Oui c'est ça ...</i> » (E6f)</p>
Accepter si la téléconsultation est assurée par un médecin connu	<p>« <i>Oui occasionnellement de temps en temps, mais pas tout le temps.</i> » (E1 en parlant de téléconsultation proposée par son médecin traitant)</p> <p>« <i>Avec ma fille et mes petits-enfants on se connaît ... Je ne sais pas, peut-être que ça se passerait très bien mais ça me semblerait bizarre.</i> » (E4)</p> <p>« <i>Ouais, que si je l'ai au moins vu une fois.</i> » (E5)</p> <p>« <i>Oui, même si c'est un médecin qui n'est pas le nôtre. Il ne faut pas que ce soit continuel faut quand même aller voir notre médecin.</i> » (E6)</p> <p>« <i>Si c'est mon médecin traitant, je connais le cabinet, il y a un peu une atmosphère familière. Si je ne connais pas, si je vois un mec qui... enfin je ne sais pas, enfin j'ai du mal à m'imaginer en fait...</i> » (E9)</p>
Envisager pour les soins aigus	<p>« <i>Si c'est juste temporaire pour un mal de ventre, un mal de tête, pourquoi pas. Mais après si c'est chronique tous les mois tous les 6 mois...</i> » (E2)</p> <p>« <i>Peut-être pour des bagatelles ... Par exemple si je demande : pouvez-vous me donner des gouttes pour les yeux ?</i> » (E6)</p>

<p>Envisager pour un renouvellement de traitement</p>	<p>« Des fois c'est juste pour renouveler, si ça va bien il n'y a pas de problème. » (E5) « Si c'est pour renouveler les ordonnances par exemple ! Comme maintenant c'est tous les 6 mois. » (E6)</p>
<p>Envisager pour des populations ne pouvant pas se déplacer</p>	<p>« C'est pratique pour certaines personnes qui ne peuvent pas se déplacer. » (E4) « Ça peut être bien pour renouveler des ordonnances dans le suivi des personnes, ça évite un déplacement... Que de monter sur [ville de son médecin généraliste]. » (E5) « Ça me coûte 70 euros pour me dire vous revenez dans un an. C'est tout, il ne me consulte pas. Il regarde les PSA seulement et me dit vous revenez dans un an. » (E6)</p>
<p>Envisager pour avoir l'avis d'un expert</p>	<p>« C'est intéressant pour avoir un conseil, plusieurs avis ... Au lieu d'aller faire 3 - 4 médecins pour rien du tout où il y en a plusieurs qui se concertent et qui cernent ... Parce que des fois ils peuvent nous mener en bateau longtemps. Des fois, vous prenez des médicaments et vous êtes malade d'autre chose. » (E5) « Si je ne l'ai jamais vu, il faut vraiment que ce soit un spécialiste. Mais un généraliste que j'ai vu au moins une fois. » (E5) « Pourquoi pas le faire en visio, il me dirait les PSA sont bons et aller hop ! Vous revenez dans un an. » (E6)</p>
<p>Envisager pour la jeune génération</p>	<p>« Les jeunes ça marche avec le portable et tout, c'est sûr que ça va marcher. » (E5) « Peut-être que pour eux, ce sera la normalité, alors que nous on n'a pas connu. » (E3m)</p>
<p>Envisager pour des urgences</p>	<p>« Ça existe déjà de toute façon, dans les hôpitaux ils vous dirigent des fois, en cas d'urgence, un truc vraiment important...C'est le même principe d'appeler le SAMU. Parce qu'on a déjà eu affaire à ça, donc pour moi non ce n'est pas un problème. » (E7)</p>

<p>Envisager en plus des consultations en présentiel et pas à la place</p>	<p><i>« Si on ne passe pas plus de temps en téléconsultation que sur place, oui ça peut être bien mais à condition qu'elle fasse ça pendant un creux ... Tiens j'ai le temps je vais appeler Mr X. » (E6)</i></p>
<p>Envisager pour améliorer les compétences du médecin</p>	<p><i>« S'il en a vu trois, quatre et là, il en voit cinquante sous d'autres formes donc il va peut-être cerner mieux le problème. » (E5)</i></p>
<p>Nécessité que ça reste un choix</p>	
<p>Envisager comme une option et non comme une obligation</p>	<p><i>« Pour moi non ! ça ne remplace pas, c'est un outil, un outil en plus. » (E5)</i> <i>« Pas totalement sûrement, non si on ne voit jamais le médecin (rire) ! » (E6)</i> <i>« Si je le fais c'est que ça me convient, sinon je ne m'engagerais pas. » (E7)</i> <i>« Ce n'est pas la solution pour laquelle j'opterais. Si j'avais à choisir, c'est le médecin sur place. » (E6f)</i> <i>« Entre une téléconsultation avec quelqu'un que je connais et un Médicobus où je ne connais pas, je préfère la téléconsultation. » (E9)</i></p>

Dépannage	<p>« En cas de dépannage, mais en permanence non ! À ce moment-là mon mari va acheter des bêtes sur ordinateur. » (E1)</p> <p>« C'est un dépannage. » (E9)</p> <p>« Ça l'a bien fait deux fois ... Et même lui, la troisième fois, quand j'ai rappelé, il m'a dit : Bon, maintenant il faudrait qu'on se voie. » (E9 au sujet de son suivi par un professionnel de santé)</p> <p>« C'est la dernière des solutions pour moi...Il y a d'autres solutions zut ! Il faut que les jeunes viennent s'installer en campagne ! » (E1)</p> <p>« Voir une fois, deux fois dans l'année ... Mais pas toutes les consultations comme ça. » (E8)</p>
Projection future de la téléconsultation	
Prévoir une dégradation des soins	<p>« Je ne pense pas, je vois bien que c'est comme la société, ça se dégrade. Il y a eu du bon travail de fait, c'était bien et là il y a eu du laisser-aller et on va dans le mur. » (E5)</p> <p>« Je ne sais pas si ça peut être une solution, ça paraît quand même être une médecine à deux vitesses. » (E9)</p>
Ne pas se sentir concerné par TIC car non imminent	<p>« Je pense que ce sera de plus en plus présent... Moi je ne connaîtrais peut-être pas parce qu'un moment donné je ne serai plus là. » (E4)</p>
Considérer l'arrivée de la téléconsultation comme imminente	<p>« Ça arrivera plus vite qu'on va le vouloir sûrement. » (E8)</p>

Craindre une dérive commerciale	« Est-ce qu'on peut exiger le même tarif, sachant que la qualité n'est peut-être pas la même ? » (E9)
Préférer un médecin présent ponctuellement que derrière un écran	« Mais des gens qui viendraient un peu moins, mais qui au moins seraient là quoi. » (E9)

5.1. INCLUSION NUMERIQUE : Effet générationnel

<p>Devoir aider les générations plus âgées</p>	<p>« Pour ma génération, ça ne pose pas trop de problèmes, mais pour mes parents par exemple qui ont le même médecin traitant que moi, c'est à moi de prendre le RDV sur internet. Ils sont beaucoup moins à l'aise avec internet. » (E2) « C'est mes filles ! » (E7 en parlant de sa déclaration d'impôt que sa fille remplit.)</p>
<p>Ne pas se sentir concerné par internet du fait de l'âge</p>	<p>« Disons qu'ils ont une soixantaine d'années, donc ce n'est pas vraiment une priorité pour eux internet. » (E2) « Je pense que ce sera de plus en plus présent... Moi je ne connaîtrais peut-être pas parce qu'un moment donné je ne serai plus là. » (E4) « Les générations vont être de plus en plus habituées au numérique, donc c'est gênant pour les dernières personnes qui n'étaient pas habituées au numérique. » (E9)</p>
<p>Les jeunes maîtrisent mieux</p>	<p>« Les jeunes, ça marche avec le portable et tout, c'est sûr que ça va marcher. » (E5) « Je trouve que pour les jeunes c'est très bien...Bien sûr, tous ceux qui peuvent c'est bien. » (E7)</p>

5.2. INCLUSION NUMERIQUE : Usage des TIC

<p>Refus</p>	<p>« Moi je suis resté un petit peu en arrière. » (E2, au sujet du tout distanciel) « Ça me fait un peu rire en ce moment on parle de tout un tas de trucs, mais moi je connais des gens qui n'ont même pas un smartphone. Ils ne savent même pas ce que c'est et il y en a qui n'en veulent pas. » (E4) « On est dérangés sans arrêt, ça n'arrête pas ... Ça empiète sur votre quotidien. C'est minant ! » (E5) « D'être vu par tout le monde, d'être suivi, je ne veux pas être suivi. Là par exemple j'ai le compteur [compteur électrique connecté] et moi j'y vais surtout pour voir combien je consomme [...] Mais là aussi je suis suivi ...S'il a mis sa machine à laver aujourd'hui plus qu'hier...On est suivi de partout. » (E6)</p>
--------------	--

<p>Vouloir rester indépendant vis-à-vis des TIC</p>	<p>« Quand on perd son smartphone, on n'a plus internet, plus la « map » pour me déplacer, les photos... Les réflexes qu'on a avec le portable... Du coup, si on ne l'a plus... Voilà. Moi j'aime bien rester un peu indépendant. Je ne suis pas non plus un ermite mais au cas où si ça ne marche pas, est ce qu'il y a une alternative ? (E2)</p> <p>« Mais c'est bien et ce n'est pas bien, il faudrait en avoir un pour le boulot et un pour la vie privée. » (E5)</p>
<p>Réflexion sur les TIC</p>	<p>« Il faut garder le rapport humain, ne serait - ce pour pouvoir avancer dans la technologie aussi, avoir une réflexion. » (E2)</p>
<p>Critique de l'inadaptation de la proposition numérique à certaines populations</p>	<p>« Ça me fait un peu rire en ce moment on parle de tout un tas de trucs mais moi je connais des gens qui n'ont même pas un smartphone. Ils ne savent même pas ce que c'est et il y en a qui n'en veulent pas. » (E4)</p>
<p>Travail</p>	<p>« Je fais souvent des déplacements internationaux, donc on est souvent amenés à discuter à travers les smartphones, via des sites vidéos. » (E2)</p>
<p>Information</p>	<p>« [site de vente d'occasion], l'actualité [sur un réseau social] enfin bon et des fois des photos. » (E8)</p>
<p>Loisir</p>	<p>« J'aime bien l'histoire, de temps en temps je suis sur internet pour l'histoire, tout ce qui est seconde guerre mondiale...Mais [logiciel prise rdv en ligne], c'est ma femme qui a pris RDV pour se faire vacciner parce que tout ça, moi ça me barbe un peu. Comme tout ce qui est banque, assurance... » (E4)</p> <p>« Pour moi, des commandes, des trucs comme ça. Aussi pour des numéros de téléphone et tout ça c'est bien pratique aussi ! » (E7)</p>

5.3. INCLUSION NUMERIQUE : sentiment de contrainte

Obligation de dématérialisation	« Au début, je l'utilisais parce que j'ai été licencié en 2015 donc pour Pôle Emploi, toutes les démarches ont été par Internet, donc ça m'a obligé. Il n'y a pas le choix, il n'y aura plus de crayon il n'y aura plus rien donc on est obligé d'y passer ... » (E5)
Obligation de suivre le progrès	« Si c'est la seule alternative on fera comme tout le monde... » (E2) « Mais c'est normal, ça va avec le progrès tout ça, il ne faut pas être contre. » (E4) « Oui mais là c'est le couperet qui tombe, on ne va pas revenir en arrière ... On voit bien que tout disparaît. Ce sera comme ça, c'est comme ça ! » (E5) « On voit arriver ça assez rapidement et on se rend compte que les gens ne sont pas forcément tous prêts à avoir ça chez eux. Enfin qu'on le veuille ou qu'on ne veuille pas il faudra bien suivre ! » (E8)
Peur de la marginalisation	« Oui parce qu'autrement on va être rayé de la page bientôt !! » (E8 en parlant de l'obligation de suivre le progrès)
Volonté d'avoir le choix	« Il faudrait avoir la possibilité d'internet oui... Ou que ce ne soit pas indirectement obligé quoi ! [...] de faire ça, imposer comme ça aux gens parce qu'ils ne pensent pas aux personnes âgées. » (E6)
Sentiment d'impuissance pour protester	« L'administration c'est quelque chose de très compliqué, et pour revendiquer quelque chose, il faut être motivé et surtout nombreux pour protester. » (E2) « Non on se ferait engueuler. » (E3m)
Se sentir moins contraint grâce à l'aide de l'entourage	« C'est ça, comme j'ai la possibilité d'avoir de l'aide... [je me sens moins obligé]. » (E7)

5.4. INCLUSION NUMERIQUE : Barrières aux usages des TIC

<p>Manque de compétences</p>	<p>« Je sais que je suis en train de me limiter au plus simple. » (E5) « Ma femme elle est plus costaud que moi. Moi je n'ai pas le temps. » (E4) « Oui mais c'est quelque chose que vous ne maitrisez pas ... » (E5)</p>
<p>Manquer de formation et de pratique</p>	<p>« J'étais un certain temps au chômage avec des formations et tout ... Quand on y est tous les jours ça va, ceux qui font les logiciels ils y sont tous les jours. » (E5) « Il n'y a plus de guichet, il faut le portable ... Le guichet n'est ouvert que de telle heure à telle heure, deux heures dans la semaine. Donc tout est compliqué, c'est internet. (E5) « Moi personnellement je ne me sens pas capable ... Peut-être que devant le fait accompli ça pourrait le faire ! » (E7) « On n'a pas été à l'école avec ... on se débrouille tout seul. » (E8)</p>
<p>Souffrir de la vitesse de changement</p>	<p>« Ça change sans arrêt donc des fois, vous ne savez plus où vous en êtes. » (E5)</p>
<p>Manque de connexion</p>	<p>« J'avais un téléphone, j'en ai plus, je m'en suis séparé [...] Parce qu'on ne capte pas à l'usine, ça ne fait que de ramer. » (E5) « Je sais que chez mon frère par exemple, qui vit dans une ferme, il n'y a pas moyen de faire une vidéo internet. Le débit est beaucoup trop bas, la 4G ne passe pas, c'est un enfer. » (E9)</p>
<p>Craindre la perte de temps</p>	<p>« Parce que pendant que vous faites ça, vous ne faites pas autre chose. C'est une perte de temps. » (E5)</p>

Difficulté à trier l'information	« Dans votre ordinateur, vous avez des trucs sérieux, vous avez des pubs qui passent partout. Donc tout se mélange et en fin de compte ça devient un sac de nœud. » (E5)
Éprouver des difficultés à retenir les mots de passe pour se connecter	« J'ai été sur ma boîte mail, je l'ai fait des milliers de fois pendant quinze jours. Je ne savais plus faire le code, même en allant chercher le papier [...] Je n'ai jamais eu le code. » (E5) « Je vois maintenant la banque tout ça, c'est par internet, sauf que le problème, c'est qu'ils changent les codes tous les jours. Il peut y avoir des piratages tout ça, mais mon cerveau il ne monte pas, il redescend. » (E5) « Tout est par internet, sauf que c'est des codes, des codes, des codes et moi dans ma tête ça marche à l'envers. » (E5) « Oui mais c'est pareil, les identifiants tout ça, ça vous prend le chou ! » (E8)
Craindre de perdre de l'argent	« La crypto-monnaie peut-être... Tout ce qui est évolution des banques et tout ça... [...] J'évite de donner mon numéro de carte et j'évite de payer en ligne, mais on est contraints de le faire. (E9 en parlant de ses craintes liées aux TIC)

5.5. INCLUSION NUMERIQUE : Facteurs d'atténuation des craintes

Volonté de formation	« Je me suis dit ce n'est pas possible, et puis à force de lire je suis arrivé à la ligne qu'il fallait. » (E6) « Oui moi je serais prête [à faire une formation] ...C'est bien parce que les enfants on ne peut pas leur demander. Ils nous disent oui et puis si on ne le fait pas tout de suite on ne se rappelle plus. » (E8)
Aide de l'entourage	« J'ai ma sœur et mon beau-frère qui sont « secrétariat » tout ça ... » (E5) « Celui qui ne s'intéresse pas à ça, c'est foutu. Il est obligé de faire, faire sa déclaration d'impôts par quelqu'un ! non mais ce n'est pas normal ! » (E6) « Je serai obligé de me faire aider. » (E7)

5.6. INCLUSION NUMERIQUE : Santé et numérique

<p>Utiliser la réputation numérique pour choisir un médecin</p>	<p>« [Au sujet des jeunes] ils vont aller se renseigner si le médecin est bon sur internet, ils vont aller voir les avis des gens. Ce que je vois au boulot, c'est qu'il y a des gens qui se sont fait opérer. C'est par bouche à oreille. Au moins ils se seront renseignés. Ils ne vont pas aller chez un médecin qui a de mauvais résultats. » (E5)</p>
<p>Information sur la santé</p>	<p>« Ce serait pour voir une maladie ou des trucs comme ça mais on nous dit qu'il ne faut pas trop regarder tout ça ... » (E8) « [Au sujet des jeunes] ils vont faire le boulot tout seuls. Ils arrivent à se renseigner déjà sur leur maladie. Déjà cerner [le problème] parce qu'ils ont plus d'informations que nous avant, on n'avait pas beaucoup d'informations. » (E5)</p>
<p>Application de santé pour la prise de RDV vu comme pratique</p>	<p>« Je trouve cela très pratique. Enfin par exemple, on n'a plus besoin [d'appeler], si on est au boulot et qu'il faut appeler le médecin. » (E9)</p>

Résumé :

Introduction : Pour améliorer l'accès aux soins, la téléconsultation est une solution proposée par le gouvernement. La fracture numérique pourrait être une limite à son déploiement, particulièrement dans les zones rurales en carence d'offre de soins.

But de l'étude : L'objectif de cette étude était d'explorer l'appréhension de patients vis-à-vis de la téléconsultation du médecin généraliste à la lumière de leur vécu en zone rurale en carence d'offre de soins autrement surnommée « désert médical » rural.

Résultats : Ce travail a permis de révéler des points de vigilance à avoir dans le cadre du déploiement de la téléconsultation. La téléconsultation s'inscrit dans un processus de nostalgie du « médecin de famille » et de perte de la relation privilégiée nouée avec lui. Elle symbolise aussi un abandon supplémentaire des services essentiels et risque d'augmenter le sentiment de relégation de ces territoires. Les problèmes d'accès et de compétences numériques ne sont pas les seuls à prendre en compte pour réduire la fracture numérique.

Conclusion : Le déploiement de la téléconsultation ne peut avoir lieu sans d'une part, la préservation du choix du patient d'y adhérer ou non et d'autre part, la vérification du réel progrès social qu'elle apporte. Une réflexion éthique est donc à mener avant et pendant le déploiement de ce nouveau mode de consultation. En son absence, la téléconsultation du médecin généraliste risquerait d'être le lieu d'une nouvelle forme d'inégalité d'accès aux soins.

Mots-clés : Téléconsultation – zones médicalement mal desservies – santé en zone rurale - fracture numérique – médecin généraliste