



HAL
open science

Exploration du vécu des médecins généralistes de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 à Mayotte

Raphaël Biscotti

► To cite this version:

Raphaël Biscotti. Exploration du vécu des médecins généralistes de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 à Mayotte. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03884818

HAL Id: dumas-03884818

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03884818>

Submitted on 5 Dec 2022

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

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

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**EXPLORATION DU VECU DES MEDECINS GENERALISTES DE
L'UTILISATION DE LA TELECONSULTATION DURANT LA
PREMIERE VAGUE EPIDEMIQUE DE LA CRISE COVID-19 A
MAYOTTE**

Présentée et soutenue publiquement le 09/06/2022 à Saint Pierre

À La Réunion

Par Raphaël BISCOTTI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Lucas CHEYMOL

Monsieur le Docteur Ali M'LAMALY

Directeurs de Thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Florian LEGRAND

Tables des matières :

I.	Introduction.....	7
A.	Contexte de l'étude.....	7
B.	Justification de l'étude.....	8
C.	Objectif de l'étude.....	9
II.	Matériel et méthode.....	9
A.	Méthode qualitative par entretiens semi-dirigés.....	9
1.	Choix de l'échantillon.....	9
a)	Critères d'inclusion.....	9
b)	Critères d'exclusion.....	10
2.	Recueil du matériel.....	10
3.	Méthode de recrutement.....	10
4.	Protection des personnes.....	10
5.	Déroulement des entretiens.....	11
B.	Méthode d'analyse.....	11
1.	Choix de la méthode utilisée : phénoménologie.....	11
2.	Étapes de l'analyse et prérequis théoriques.....	11
a)	Première étape : le codage ouvert.....	12
b)	Deuxième étape : codage axial et transversal.....	12
III.	Résultats.....	14
A.	Caractéristiques de l'échantillon.....	14
1.	Taux de réponse.....	14
2.	Caractéristiques de l'échantillon.....	14
B.	Caractéristiques des entretiens.....	16
C.	Vécu des médecins généralistes.....	17
1.	Une perception d'un changement irréversible de la pratique.....	18
a)	Un sentiment de menace de la profession.....	18
(1)	Appréhension et anxiété de l'utilisation de la téléconsultation.....	18
(2)	Soulagement.....	19
(3)	Inquiétude concernant les conséquences de l'utilisation de la Téléconsultation.....	20
(4)	Sentiment d'ingérence politique malvenue.....	20
(5)	L'absence de cadre crée des situations de colère avec une certaine nervosité.....	21
(6)	Projection pessimiste.....	22
b)	Sentiment de fierté.....	23

(1)	Sentiment de contrôle	23
(a)	Perception du risque inchangé.....	23
(b)	Absence d'examen clinique surmontable	24
(c)	L'établissement d'un cadre pratique de téléconsultation	24
(d)	Projection optimiste de l'avenir de la Téléconsultation.....	25
(2)	Le médecin est irremplaçable	25
c)	Sentiment de faire de la médecine au rabais.....	26
(1)	Sentiment de regret à l'égard de la téléconsultation.....	26
(2)	Mentalisation d'une consultation physique	27
(3)	Sentiment de pénibilité	29
(4)	Sentiment de dégoût à l'égard de la téléconsultation	29
2.	La perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte	32
a)	Barrière culturelle et linguistique.....	32
b)	Activité abondante en présentiel	33
c)	Perception d'un désintérêt de la téléconsultation par les patients.....	33
d)	Connectivité insuffisante.....	34
3.	Un sentiment d'ambivalence à l'égard du projet Telemedica	36
a)	Expérience décevante en médecine générale.....	36
(1)	Perception d'un détournement du rôle initial de la mallette.....	36
(2)	Déception entre la qualité théorique de l'outil et son utilisation réelle	37
b)	Ergonomie de la mallette perçue comme inadaptée	38
(1)	Perception d'une rentabilité insuffisante	38
(2)	Perçue comme une activité chronophage et frustrante	39
(3)	Interface inadaptée.....	39
c)	Engouement pour la téléexpertise	40
4.	Sentiment de satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation	42
a)	Lié à la crise COVID	42
(1)	Satisfaction réciproque médecin- patient.....	42
(2)	Satisfaits du remboursement à 100 %.....	43
(3)	Satisfaits d'avoir pu palier à la baisse d'activité	43
(4)	Perception d'une réponse adaptée pour limiter le risque de contagiosité.....	44
(5)	Sentiment agréable en réponse à la reconnaissance d'une pratique ancienne	44
b)	Liée à l'expérience de l'utilisation de la téléconsultation	45
(1)	Relation médecin-patient préservée pour les patients connus	45

(2)	Relation de confiance envers les paramédicaux	46
(3)	Perception d'un intérêt pour la téléconsultation d'un certain profil de patient	46
(4)	Identification d'indication satisfaisante en téléconsultation.....	47
(5)	Autolimitation et choix du médecin à téléconsulter	49
5.	Résultats annexes.....	51
a)	Réduction de la vision globale.....	51
b)	Déléguer l'examen clinique	51
c)	Sentiment de désintérêt à l'égard du secret professionnel en téléconsultation.....	53
IV.	Discussion	55
A.	Discussion des résultats de l'étude	55
1.	Avant-propos.....	55
2.	Discussion du contenu des résultats relatif à cette étude	56
a)	Analyse des résultats thématiques ou principaux.....	56
b)	Analyse des points d'interactions.....	57
c)	Analyse des résultats annexes.....	58
(1)	La problématique du secret médical.....	58
(2)	La problématique de la réduction de la vision globale en téléconsultation	59
(3)	L'émergence d'une nouvelle problématique : déléguer l'examen clinique.....	59
3.	Les forces de l'étude.....	59
4.	Les limites de l'étude.....	60
a)	Les limites liées à la méthodologie.....	60
b)	Les limites liées aux chercheurs	61
(1)	Position du chercheur	61
(2)	Les choix du chercheur	61
5.	Confrontation des résultats avec les quatre autres chercheurs	62
a)	Points communs avec les résultats des 4 autres chercheurs à La Réunion (35–37)	62
b)	Principales différences retrouvées avec les résultats des 4 autres chercheurs à La Réunion	63
6.	Comparaisons avec les résultats de la littérature	63
7.	Les implications futures.....	65
V.	Conclusion	65
VI.	Références bibliographiques	67
VII.	Annexes	71
A.	Courriel de contact.....	71
B.	Questionnaire socio-démographique.....	72

C. Canevas d'entretien initial.....	73
D. Canevas d'entretien final	74
E. Extrait du journal de bord	75

Tables des matières des tableaux et figures :

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.....	15
Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens	16
Figure 1 : Modélisation du vécu des médecins généralistes durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 à Mayotte	18
Figure 2 : Modélisation thème 1 : Perception d'un changement irréversible de la pratique	31
Figure 3 : Modélisation thème 2 : Perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte.	36
Figure 4 : Modélisation thème 3 : Sentiment d'ambivalence à l'égard du Projet Telemedica..	41
Figure 5 : Modélisation thème 4 : Sentiment de satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation.....	50

Liste des abréviations :

ARS : Agence régional de santé

DOM : Département d’Outre-Mer

DREES : Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

CNIL : Commission nationale de l’informatique et des libertés

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CPP : Comité de protection des personnes

EHPAD : Etablissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

HSPT : Hôpital, patient, santé, territoires

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence- Alpes- Côte d’Azur

SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé

SOS : Save Our Souls

TC : Téléconsultation

I. Introduction

A. Contexte de l'étude

La télémédecine, comme définie dans l'article 78 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 (1) est une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Cinq actes de télémédecine, ainsi que leur organisation et condition de mise en œuvre, sont définis dans le décret du 19 octobre 2010 (2) : la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance, la réponse médicale (régulation) et la téléconsultation, qui est une consultation à distance avec le patient seul ou un professionnel de santé. Afin d'assurer les conditions de déploiement des actes de télémédecine sur l'ensemble du territoire, le 14 juin 2018, un accord conventionnel a été conclu entre l'Assurance maladie et les représentants des médecins libéraux, permettant le remboursement par l'Assurance maladie des actes de téléconsultation depuis le 15 septembre 2018 (3).

Selon le bulletin d'information sur les flambées épidémiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (4), le nouveau coronavirus (COVID-19) a été signalé pour la première fois au bureau de l'OMS en Chine le 31 décembre 2019, puis identifié le 7 janvier 2020 et séquencé génétiquement le 12 janvier 2020, date à laquelle 41 cas confirmés, dont un décès, étaient comptabilisés à Wuhan. D'après, le site Santé publique France (5), à la date du 2 mai 2020, 130 979 cas confirmés et 24760 décès étaient répertoriés en France, tandis que l'Agence française de presse, sur son site internet (6), indiquait que 195 pays étaient concernés par la pandémie.

En France, pour faire face à la crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid-19, un état d'urgence sanitaire a été déclaré le 23 mars 2020, par le gouvernement, pour imposer des mesures de distanciation sociale (7). En conséquence, les médecins généralistes ont été amenés à réorganiser leurs cabinets et encouragés à réaliser des téléconsultations. La pratique de cette dernière a été simplifiée par des mesures dérogatoires émanant de deux décrets (8,9) et un communiqué de presse (10), du Ministre des solidarités et de la santé, permettant notamment l'utilisation par des moyens de communication variés (diverses applications et même par communication téléphonique sans support vidéo), sans nécessité de consultation physique au préalable et une prise en charge à 100%. Dans ce contexte le nombre de téléconsultation a connu

une croissance record en France en passant de moins de 10 000 par semaine jusque début mars à 486 369 téléconsultations pendant la semaine du 23 au 29 mars 2020 (11).

Le 3 mai 2020, selon un communiqué de presse de l'Agence régionale de santé (ARS) de Mayotte (12), avec 650 cas confirmés et 6 décès, liés à l'épidémie de coronavirus, Mayotte est devenu le département d'Outre-mer le plus touché par la pandémie Covid-19. Pour faire face à l'épidémie, des mallettes de téléconsultation répondant à un appel à projet de l'ARS Mayotte pour le développement de la téléexpertise sur l'île, ont été utilisées pour essayer d'augmenter et de garantir la continuité des soins (13).

Le 101^{ième} département français situé dans l'archipel des Comores, compte 256 000 habitants (14) et se démarque par sa situation sociodémographique spécifique. Ainsi, selon une analyse de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) d'août 2019 (14), quatre logements sur dix sont des constructions fragiles surpeuplées (majoritairement en tôles et occupées dans 65 % des cas par des étrangers), 81 000 habitants n'ont pas accès à l'eau courante, un logement sur dix n'a pas l'électricité et seulement 42 % des ménages ont une connexion à internet (moitié moins par rapport à la France métropolitaine). Ces conditions rendent la distanciation sociale compliquée. Aussi, un tiers de la population n'est pas affilié à l'Assurance maladie.

De plus, d'après un rapport du Défenseur des droits datant du 11 février 2020 (15), l'offre de soin est sous dimensionnée : 1,6 lits d'hospitalisation pour 1000 habitants (contre 6 lits pour 1000 habitants en métropole), 20 médecins généralistes libéraux pour toute l'île et nombreuses spécialités médicales non représentées. Cela fait de Mayotte un véritable désert médical, avec l'une des densités de médecins généralistes libéraux les plus faibles de France (inférieure à 10/100 000 habitants). En comparaison, à La Réunion en 2013, selon une analyse de l'INSEE (16), la densité de médecin généraliste était évaluée à 95/100 000 habitants soit des chiffres similaires à ceux de métropole (93/100 000) et supérieurs à tous les autres DOM.

B. Justification de l'étude

Les *a priori* et attentes des médecins généralistes, à la pratique de la télémédecine à travers l'étude des freins et bénéfices attendus, étaient bien identifiées par l'intermédiaire de travaux

de thèse (17–20) et d'étude d'opinion (21), réalisés chez des médecins généralistes peu ou pas sensibilisés à la pratique. Des retours d'expériences des médecins généralistes sur l'utilisation de la télémédecine existaient mais restaient bien limités. En effet, à ce jour une seule étude qualitative, par une analyse thématique ayant explorée le vécu des patients et des médecins généralistes de la téléconsultation en soins primaires, au Royaume-Uni, était rapportée. Mais les conditions de réalisation bien protocolisées différaient de la pratique courante avec des intervenants formés à l'outil et dans le cadre de consultation de suivi uniquement (22). De plus, il existait aussi une méta-analyse issue de travaux anglo-saxons dont la majorité étaient des études quantitatives (23) et des travaux de thèse sur une population pas directement similaire à celle de la médecine générale, notamment dans le milieu ultra-marin (24) et en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (25).

C. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise COVID-19, à Mayotte.

II. Matériel et méthode

Cette étude vient compléter un travail exploratoire et collaboratif effectué par 5 chercheurs, étudiants réalisant leur thèse d'exercice en médecine générale à l'Université de La Réunion et novices dans la recherche qualitative.

Ce travail a été réalisé dans 5 régions spécifiques, à savoir Mayotte, l'objet de cette étude, et La Réunion divisée en 4 régions selon le découpage administratif.

A. Méthode qualitative par entretiens semi-dirigés

1. Choix de l'échantillon

a) Critères d'inclusion

Étaient inclus des médecins généralistes installés à Mayotte, ayant pratiqué la téléconsultation durant la première vague de la crise COVID-19.

b) Critères d'exclusion

Étaient exclus les médecins spécialistes autre que généraliste, les médecins de permanence de soins (cabinet SOS, maison de garde), les remplaçants, les étudiants en Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS).

2. Recueil du matériel

Nous avons rédigé le guide d'entretien à la suite de l'étude des données de la littérature, enquête d'opinion principalement, et expériences en milieux spéciaux avec personnels formés.

Il s'agissait d'un canevas d'entretien semi-directif et évolutif (Annexe 4 et 5), prenant en compte les remarques des différents chercheurs faisant suite à une période de test des entretiens.

L'importance de la formulation en question ouverte était essentielle dans le but d'obtenir des réponses centrées sur l'expérience de la personne, dans une logique de démarche phénoménologique.

3. Méthode de recrutement

Initialement, par mails à partir d'une liste fournie par le maître de stage du chercheur, ayant permis le recrutement de trois médecins puis, secondairement par appel téléphonique via une liste exhaustive de tous les médecins généralistes installés à Mayotte, mise à sa disposition lors du premier entretien par l'un des acteurs.

Il a été décidé de ne pas divulguer la question de recherche lors du recrutement pour ne pas influencer l'expérience des participants.

4. Protection des personnes

Notre travail a reçu l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), après la réalisation d'une déclaration de conformité à la méthode de référence MR004.

Notre recherche portant sur des questionnaires et entretiens auprès de professionnels de santé, et mobilisant les méthodes des sciences humaines et sociales, elle n'était pas soumise à un Comité de protection des personnes (CPP).

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des participants et par visioconférence, dans le respect des règles sanitaires de la crise COVID-19.

Après information des participants sur leurs droits et recueil de leur consentement écrit, les entretiens étaient enregistrés avec la fonction microphone de deux smartphones. Les entretiens étaient semi-dirigés, dans une attitude d'écoute empathique de respect de l'autre, d'ouverture à son expérience, condition essentielle pour obtenir la verbalisation.

Dans le cadre de cette thèse, des entretiens individuels ont été menés jusqu'à suffisance des données de la population cible, du fait du nombre restreint de médecins libéraux installés à Mayotte et ayant pratiqué la téléconsultation.

L'intégralité des entretiens étaient ensuite retranscrits sur Microsoft Word[®], afin de procéder à l'analyse.

B. Méthode d'analyse

1. Choix de la méthode utilisée : phénoménologie

Afin d'explorer l'expérience vécue des participants, nous avons utilisé une analyse qualitative phénoménologique, avec élaboration de catégories émergentes.

La phénoménologie selon Husserl, philosophe et mathématicien allemand du début du XXI^{ème} siècle, suppose que l'être humain forme un tout avec son environnement, qu'il a un monde et une réalité qui lui sont propres et, que ceux-ci ne peuvent être compris que dans leur contexte. Ainsi la démarche phénoménologique vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en ont fait l'expérience (26).

2. Étapes de l'analyse et prérequis théoriques

Pour permettre l'analyse du vécu, nous avons réalisé un travail divisé en plusieurs étapes.

Initialement, une analyse de chaque entretien a tout d'abord été réalisée, avec des lectures répétées de chaque verbatim, afin de s'imprégner du récit et faire ressortir les thèmes généraux.

a) Première étape : le codage ouvert

Dans un premier temps, un codage ouvert de chaque entretien a été réalisé, sans l'aide d'un logiciel, en utilisant un modèle d'émotions complexes, à partir de la classification des émotions et ressentie par Philippe Turchet (27), permettant de faire une pondération émotionnelle du discours des différents acteurs, afin de rattacher ces émotions complexes aux six émotions de bases : tristesse, colère, peur, dégoût, surprise et joie, définie par Paul Ekman (28). Ainsi la visibilité, du vécu émotionnel des médecins généralistes s'est largement facilitée.

Dans un deuxième temps, une triangulation de ce codage sur un premier corpus de trois entretiens a été réalisé avec un autre co-chercheur puis une discussion commune avec les cinq chercheurs et les deux co-directeurs afin de valider la grille de codage et limiter les biais interprétatifs.

Dans un troisième temps, nous avons réalisé un codage axial, manuel, en réunissant l'ensemble des unités de sens des différents verbatim pour obtenir une carte émotionnelle générale de tous les entretiens centrés sur les 6 émotions primaires en rapport avec les thèmes généraux, pour ensuite essayer de construire des catégories conceptuelles.

b) Deuxième étape : codage axial et transversal

L'inspiration théorique qui sous-tend, le dernier niveau de l'analyse s'inspire de la théorie des *appraisals* ou théorie de l'évaluation cognitive.

Cette théorie, a été formulée pour la première fois dans les années 1960 par Magda Arnold, puis agrémentée par de nombreux autres auteurs (Roseman, Smith & Ellsworth, Frijda, Lazarus et Scherer). La théorie des *appraisals* stipule que c'est l'interprétation de l'événement plutôt que l'événement en soi qui cause l'émotion. En conséquence, les processus d'évaluation transforment les événements rencontrés, en événements pourvus, d'une part, d'une signification pour le sujet en fonction de ses intérêts et d'autre part, d'une valeur affective (événement agréable ou attrayant, désagréable ou repoussant, ou indifférent) (29).

Ainsi, les émotions sont le résultat de l'interprétation continue des événements en ce qui a trait à leur signification personnelle. Cela permet d'expliquer les différences individuelles et temporelles des réponses émotionnelles à un même événement. Les évaluations précèdent et

entraînent le déclenchement des émotions. Aussi le processus d'évaluation fait en sorte que les émotions seront appropriées à la situation dans laquelle elles ont lieu et aident l'individu à gérer l'événement en sélectionnant la réponse émotionnelle appropriée qui va lui permettre de répondre en fonction de ses besoins et de ses buts (Smith, 1991 ; Lazarus & Folkman, 1984) (30).

Les critères d'évaluation peuvent être séparés en quatre classes (31):

- Les caractéristiques intrinsèques de l'événement, tels que la nouveauté et le plaisir ou l'aversion, soit la pertinence de l'événement pour l'individu ;
- La signification de l'événement en fonction des buts et besoins de l'individu, autrement dit l'implication pour l'individu ;
- La capacité de l'individu à influencer ou à faire face aux conséquences de l'événement, incluant l'attribution de l'agent (l'événement a-t-il été causé par l'individu lui-même, par quelqu'un d'autre, ou résulte-t-il de circonstances interpersonnelles ?), autrement dit l'adaptabilité
- La compatibilité de l'événement avec des normes ou des valeurs sociales ou personnelles, soit la signification normative de l'événement.

Nous avons cherché à donner un sens global à l'événement exploré en modélisant la dynamique émotionnelle du vécu, essayant de donner un sens commun aux différentes émotions complexes exprimées par les médecins généralistes, en s'appuyant sur la théorie de l'évaluation cognitive. Nous avons donc tenté d'expliquer les interactions entre l'événement et les individus pour construire une conceptualisation générale du vécu.

La démarche s'inscrivait dans un acte réflexif d'aller-retour entre le discours et les catégories de construction. Enfin, nous procédions à une analyse transversale des catégories émergentes, en les organisant les unes par rapport aux autres, en faisant ressortir les relations qui les liaient, pour en restituer le sens global.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

1. Taux de réponse

Sur 14 médecins répondants aux critères d'inclusion, 12 ont accepté l'entretien, un médecin a refusé du fait du mode de recueil par enregistrement et un autre, du fait du lien pédagogique et amical tissé avant le début du travail. Finalement, 12 entretiens ont été réalisés soit une saturation de la cible. Sur les 12 entretiens réalisés, l'un des médecins a demandé après retranscription et relecture de supprimer le verbatim à cause du contenu jugé trop déviant. Donc les résultats ont été établis sur la base de l'analyse de 11 entretiens.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Les médecins participants avaient une tranche d'âge moyenne comprise entre 40-49 ans, et en majorité des hommes (8 hommes pour 3 femmes). De plus, ils avaient majoritairement une activité en solitaire (7 en solitaire pour 4, seulement, exerçant en groupe). Seul deux médecins sur les 11 participants avaient déjà pratiqué la téléconsultation avant la crise COVID-19. Les caractéristiques des médecins participants sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

	Genre	Age	Année d'installation	Type d'activité	% TC durant crise COVID 19	Pratique TC antérieur	Outils TC durant crise COVID 19
M1	F	<50	2007	Exercice solitaire	<25 %	OUI	Application de communication + Mallette
M2	M	>50	2018	Exercice solitaire	>75%	NON	Téléphone
M3	M	<50	2019	Exercice solitaire	>75%	NON	Téléphone + application de communication
M4	M	>50	2011	Exercice solitaire	<25%	NON	Mallette + Téléphone
M5	M	>50	2018	Cabinet de groupe	>75%	NON	Téléphone
M6	M	>50	2003	Cabinet de groupe	<25%	NON	Mallette + Téléphone + application de communication
M7	F	<50	2018	Cabinet de groupe	>75%	NON	Téléphone + application de communication
M8	M	<50	2019	Cabinet de groupe	<25%	NON	Mallette + Téléphone + application de communication
M9	F	<50	2018	Exercice solitaire	< 25%	OUI	Téléphone
M10	M	>50	2017	Exercice solitaire	< 25%	NON	Logiciel
M11	M	<50	2018	Exercice solitaire	< 25%	NON	Mallette + Téléphone + application de communication + logiciel

F : féminin ; M : masculin ; TC : téléconsultation

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

B. Caractéristiques des entretiens

Onze entretiens ont été réalisés, majoritairement en présentiel, entre le 14 mai 2020 et le 12 juin 2020. Le temps moyen des entretiens était de 36 minutes. La durée des entretiens a varié de 22 minutes à 60 minutes (Tableau 2).

Les entretiens n'ont pas été publiés en annexe pour des raisons évidentes de confidentialité du fait du peu de médecins généralistes exerçant à Mayotte. Il faut ajouter également que certains médecins n'ont pas donné suite à l'envoi de la retranscription intégrale pour relecture. Les retranscriptions sont cependant disponibles sur demande par courriel au chercheur : biscotti.rafael@gmail.com.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
Temps (minutes)	32	50	30	60	23	46	22	34	26	41	31
Type d'entretien	Visio	Direct	Visio	Direct	Direct	Visio	Direct	Direct	Direct	Direct	Direct

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

C. Vécu des médecins généralistes

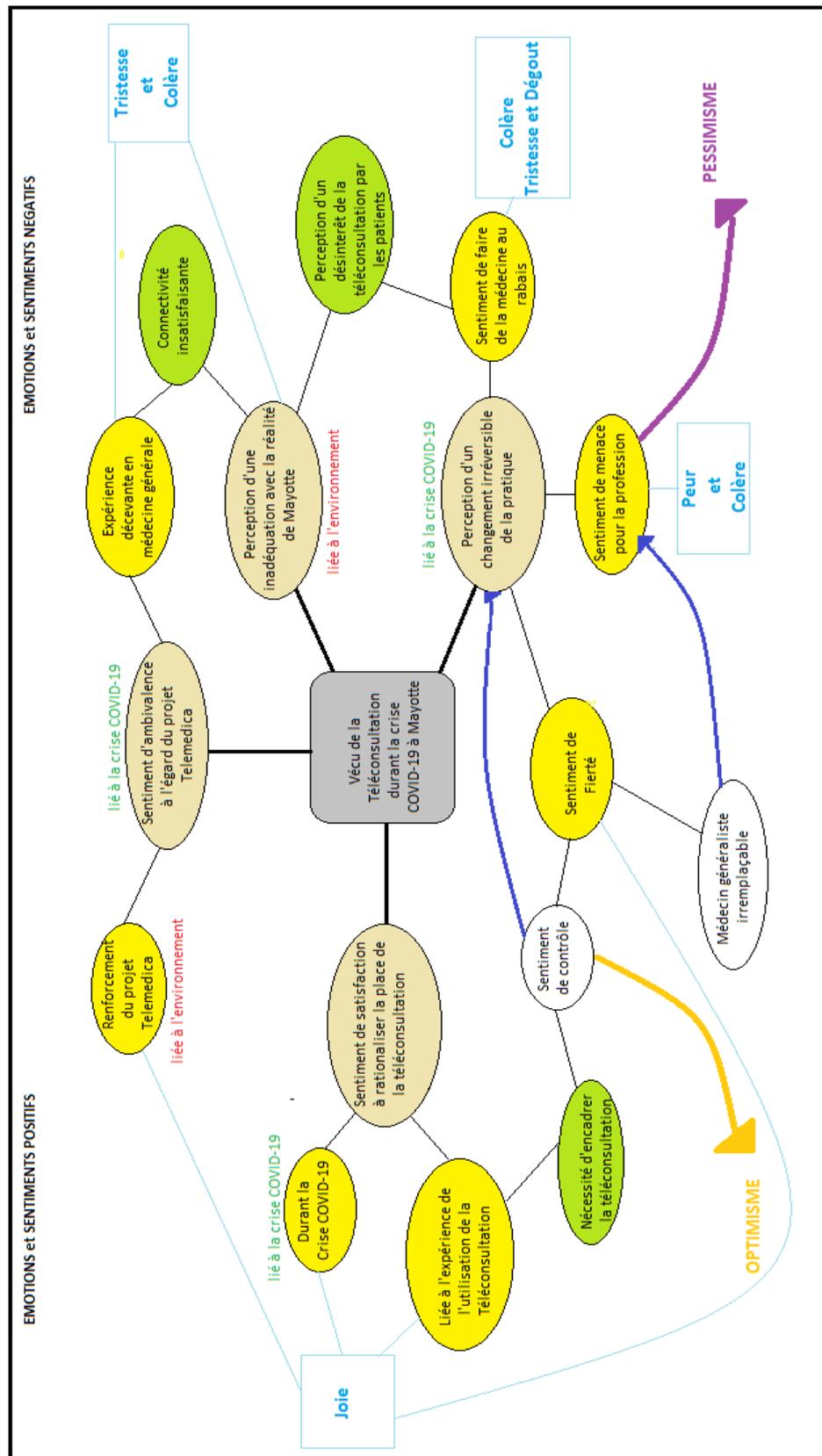


Figure 1 : Modélisation du vécu des médecins généralistes durant la première vague épidémique de la crise COVID-19 à Mayotte

Légende : bulles grises : thèmes principaux ; bulles jaunes : sous thème ; bulle blanche : sous division des sous thèmes ; bulles vertes : interactions ; Flèches bleu : mécanisme de défense ; flèche orange : projection optimiste ; flèche violette : projection pessimiste ; rectangle bleu : émotions primaires

1. Une perception d'un changement irréversible de la pratique

Ce thème est le reflet principal de l'effet de la crise COVID-19 sur le vécu des médecins généralistes à Mayotte. L'ambiance qui sous-tend ce thème est un état d'esprit de remplacement, plus particulièrement du remplacement de la consultation physique par la téléconsultation.

Ce thème met en lumière trois sentiments : un sentiment de menace de la profession, un sentiment de faire de la médecine au rabais et paradoxalement un sentiment de fierté.

a) Un sentiment de menace de la profession

Ce sentiment est alimenté par de la peur, exprimée par une appréhension de l'utilisation de la téléconsultation et l'inquiétude en lien avec les conséquences de l'utilisation de la téléconsultation. Un sentiment de colère et de la nervosité en lien avec l'impression d'une ingérence politique et l'absence de cadre participe aussi au ressenti global de menace. Le soulagement a été interprété comme un argument supplémentaire venant confirmer la peur ressentie par certains médecins.

(1) Appréhension et anxiété de l'utilisation de la téléconsultation

Certains médecins ont ressenti de l'appréhension à utiliser la téléconsultation. L'origine de cette appréhension provenait de la représentation qu'ils se faisaient de la téléconsultation, de la perception des efforts qu'ils devaient fournir pour y parvenir et de la peur de commettre une erreur, c'est-à-dire, de ne pas maîtriser ou de faire une mauvaise appréciation de la situation.

E1 « Oui, la première que j'ai faite. Euh, j'ai cru que j'allais pas m'en sortir. Parce que c'était déjà un cas ou c'était ni un COVID, ni une dengue... C'était un peu battard... Et ça m'a, ça m'a effrayé ! [...] Mais, mais c'est une angoisse !! C'est une angoisse de faire une consultation sur une partie de l'île que je ne connais pas. Moi à ***** je connais les professions, je connais le quotidien, l'environnement, et cetera... Je connais la proportion de population qui est plus pauvre, je connais le taux d'habitation qui est en dure... Et tout ça. Mais à Koungou, c'est l'angoisse, je suis pas à l'aise. Je ne sais pas si la personne elle à l'eau courante, euh, ça va pas... Franchement c'est pas... Moi ça me convient pas ! Faire de la téléconsultation sur les gens que je connais mais pas sur des patients comme ça, balancés... Tu vois on me parlerait... Je sais pas moi... de Andrema... Je ne sais même pas c'est où sur la carte ! Donc je suis inquiète de ne pas faire les choses complètement. »

E3 « Je sais pas comment trop l'utiliser, j'ai l'impression que c'est... M'fin c'est encore un logiciel à appréhender quoi... [...] Moi ce qui m'embête c'est d'avoir à manipuler tout ça, tout l'informatique quoi ! [...] C'est presque... M'fin c'est pas un nouveau métier mais c'est... Faut vraiment en faire régulièrement pour biiiiiien maîtriser, pour biiiiiien connaître, et pour pas faire des bêtises, pas perdre un temps fou. Pour que ça soit bien fait je pense qu'il faut en faire vraiment beaucoup. C'est un peu comme tout. Ça, j'avoue, j'ai pas... J'ai pas envie de me lancer dans un nouveau métier qui m'intéresse pas plus que ça. »

E7 « Ah ouais non c'était dure ! Les premières fois c'était vraiment dure. [...] Je préférerais les voir en physique, palper un ventre, écouter vite ou prendre une température qu'euh... Non c'est... C'est compliqué ! Donc t'as peur de passer à côté. [...] Donc' euh, je pense que les premières fois j'ai dû rappeler des gens. Ce que je fais pas forcément. Mais là j'en ai rappelé et après vite je les ai vu au cabinet médical, même si je les voyais que 3 minutes. [...] Après, j'ai plus, si... M'fin pas plus de médicament mais ouais peut être plus de prise de sang et peut être plus de dépistage. Un petit peu. Je pense que j'en ai prescrit un peu plus. Ouais parce que t'es plus frileux quand même. »

E9 « Bah, j'avais un peu peur au début »

(2) Soulagement

Le soulagement apporté du fait de la proximité physique des patients et l'apport de l'écran ont permis de réduire la peur et l'anxiété. Il a été interprété comme une preuve indirecte de la peur qu'a pu susciter l'utilisation de la téléconsultation.

E1 « Et sinon de toute façon au moindre doute je les fais venir ! »

E7 « Mais c'est quand même rassurant juste d'avoir un contact visuel, et de voir l'état général plutôt que la téléconsultation. [...] A travers l'écran... Ah bah ça ne s'est pas généralisé mais euuh... C'est quand même plus agréable, plus simple, plus facile pour tout le monde, surtout quand on ne parle pas la même langue, de se voir en direct. [...] Mais c'est pour ça que la téléconsultation avec la tête des gens à travers la fenêtre : c'est pas mal (Rire général). Non c'était bien (avec le sourire). »

(3) Inquiétude concernant les conséquences de l'utilisation de la Téléconsultation

Plusieurs acteurs ont exprimé de la peur sous forme de diverses inquiétudes concernant les conséquences de l'utilisation de la téléconsultation. En effet, ils ont souligné, un risque d'erreur plus important, un risque de dérive de la pratique et même un impact sur l'offre de soin en médecin spécialiste.

E1 « Mais tu vois, si tu veux, l'attitude en présentiel, n'aurait pas été la même. Je pense que les urgences m'aurait dit : 'on la laisse allongée, on fait venir les... Comment... Déjà j'aurais une Sat... On fait venir les pompiers'' [...] Du coup... ça a des limites la téléconsultation !! Ça nous fait prendre des risques. »

E3 « Moi ce que je crains aussi c'est que ça remplace leees... Voilà, est ce que c'est pas aussi un outil pour... Est-ce que... Pour remplacer vraiment la présence d'euuh... Bah de médecins spécialistes ou euuh... »

E6 « La deuxième chose c'est que, y a quand même une tentation de faire des consultations un peu faciles quoi ! De facturer... [...] Non mais on le ressent de suite ! Le problème c'est que dès qu'on fait, 10, 15, 20, on le ressent tout de suite. C'est pas... On met pas... Il faut pas longtemps. De la... De la... Enfin de la pseudo-consultation facile. Parce que ce n'est pas des consultations d'ailleurs ! [...] Donc voilà à mon avis la dérive est quand même... Et... On la voit très vite arriver quoi ! »

E7 « Je pense qu'il ne faut pas que ce soit généralisé parce que tu fais forcément plus de bêtise qu'en temps normale. [...] Mais oui l'erreur elle est plus facile. »

(4) Sentiment d'ingérence politique malvenue

L'incompréhension des motivations politiques a été à l'origine de peur, via l'expression d'une certaine méfiance, et de colère, via l'expression d'une indignation teintée parfois de dégoût, en se montrant provoquant et faisant preuve de mépris à l'égard des politiciens. Donc, ici, plane un sentiment d'ingérence politique malvenue.

E3 « Mais bon... Après voilà je sais pas, à Mayotte. Est-ce que c'est... Est-ce que c'est laaaaaa priorité ? Franchement je suis pas convaincu et...[...] Mais les faire passer par des ordinateurs et compagnies à Mayotte... Je sais pas si c'est... Si c'est... A voir, est-ce que c'est vraiment... Pour Mayotte ce qui y a... Je sais pas ce qui les poussent tant que ça à... A développer ça à Mayotte. [...] et maintenant je pense qu'il faudrait pas que ça devienne non plus la norme quoi. Faut pas qu'ils en profitent de ces situations là pour essayer de... Que ça devienne une norme. Ça remplace pas je pense la relation en présentielle du médecin avec son patient quoi. C'est mon avis... »

E4 « Sinon bonnnn binh, le souci, c'est ce qui a derrière au niveau politique, de toutes ces histoires... C'est pas anodin, la proomotion récente comme ça tout d'un coup, 'Boume, boume la téléconsulte, la téléconsulte''... C'est... Quand quelque chose est promotionné comme ça du jour au lendemain... [...] Et en plus de ça, c'est c'te promotion à la con... [...] En tout cas, l'obligation de moyen je la sens pas, là, moi. [...] Non ! Je ne ferme pas la porte mais je suis suuuper méfiant pour des raisons surtout politique... »

E6 « En fait mes deux difficultés c'est ça, que on nous demande de faire de la médecine... Euuuuuh... De la médecine diagnostique ! Ce qui n'est pas possible ennn... M'fin avec les outils actuels informatiques c'est pas possible. Moi on me demande de diagnostiquer une pneumopathie dans ces conditions... Je fais pas... Je... Je fais pas... C'est... C'est, m'fin c'est pas possible je veux dire... Euuuuuuuuuuuuuh... On me fera pas danser sur un fil ! Non, non ça pas possible ! Euh... Si messieurs les décideurs vous voulez nous faire danser sur un fil ça sera sans moi. Réorganiser qualitativement nos consultations, oui ! Euh, faites-nous faire n'importe quoi en téléconsultation, non ! Voilà. C'est très clair ! [...] il va falloir qu'on arrête avec' euuuuh... Avec une convention qui est pour tout le monde la même, et il falloir enfin qu'on décentralise cette façon de fonctionner à la française qui est absolument délirant. »

(5) L'absence de cadre crée des situations de colère avec une certaine nervosité

Des médecins ont exprimé une colère profonde avec une pointe de nervosité lorsqu'ils ont évoqué des situations auxquelles la téléconsultation ne se prêtait pas du tout, dénonçant à leur manière l'absence de cadre.

E4 « ... mais booon moi, les téléconsultes par téléphone que je fais c'est des téléconsultes avec des patients que je connais ! Sinon je la fais pas la consulte. [...] Les gens... Euuuh si jamais c'est moi qui prends la communication genre 'Bonjour on se connaît pas j'ai tel et tel signe !' Euuuh là j'ai répondu très sèchement à 2 sms ou je connaissais pas j'ai jamais vu... »

E6 « Ahh non mais j'ai refusé ! Je vais vous dire... Moi si j'ai le moindre doute par téléphone, je refuse. Je dis "Moi je là fait pas". J'en ai refusé trop ! Mais je la fais pas. Point barre ! [...] Donc moi j'ai refusé. J'en ai refusé 4 ou 5 hein ! j'en ai refusé pas mal ! 5 ou 6 même plus que ça... Je... J'euuh... Je peux pas ! Je dis "Vous allez voir un médecin : c'est pas possible !". [...] Deux fois on m'a demandé des consultations pour des enfants qui avaient 39 de fièvre. Ça me paraît impensable ! Si y en qui accepte ça... Ça me pose un problème... Ethique ! Et là pour le coup il va falloir que l'ordre s'en saisisse. C'est un problème éthique. Il faut mettre un cadre dans cette affaire-là. C'est pas possible ! Je vois pas comment on peut faire une téléconsultation pour un enfant... Un enfant de 5 ans qui à 39 de fièvre ! »

(6) Projection pessimiste

La projection du sentiment de menace fait apparaître un certain pessimisme chez les médecins, concernant l'avenir de la téléconsultation, ses conséquences sur l'offre de soins et la protection des données personnelles.

E3 « Et je voudrais pas... Moi je pense qu'il faudrait pas non plus que ça remplace la présence physique de spécialistes qu'on a pas. Disant que c'est une solution, tient d'euuh... A mon avis, moins pertinente que la présence physique quoi ! De spécialistes ! »

E4 « Euuuuh si un jour, on a un groupe social qui a accès qu'à la téléconsultation et un autre groupe social qui a accès à la "vrai consultation" mffffff (grande inspiration). Ça un nom, ça s'appelle la médecine à 2 vitesses ça ! Ou à 3 ou 4 ou 5... Enfin ça dépend comment est divisé le groupe social en fonction de son accès au Docteur en chair et en os. [...] Mais euuuuh, dès l'instant où aura tous mis le doigt là-dedans on aura plus besoin d'ouvrir le numerus clausus et cetera, et cetera... Enfin, on aura plus besoin de garnir les zones désertiques et de trouver des solutions pour les garnir... Euuuuh. [...] Alors oui peut être que ça économise du papier... Non tout ça, ça sert à faire de la data donc ça va être dans des puces sur des cartes, dans des réseaux, des disques durs et cetera, et cetera... [...] Donc là le secret médical il n'existera pas et il sera négociable à tout niveau... C'est-à-dire que les assureurs vont avoir accès à nos consultations... puisque ces consultations... Je ne sais pas, moi, où elles vont... Au moins vous vous arrivez avec ce machin et vous dites "Je vais vous enregistrer..." Parce que là moi je sais pas, sur quel disque dur ça va tout ça ! [...] Alors évidemment quand on aura la 5G avec un débit de je sais pas combien là euuuuh... Mais bon c'est pas la peine de promotionner la 5G sous prétexte que l'on va améliorer la télémédecine, hein ! Je pense quand même que avant ça... »

E6 « Qui à mon avis d'ailleurs vous allez voir, je vous l'annonce, le nombre de téléconsultation à la fin de la crise COVID vont s'effondrer comm'euuh... Vont s'effondrer ! D'après ce que j'en entends...

Euuh voilà ! Moi la téléconsultation... Euuuuuuuuuh, je vous dis là, moi mon avenir... Euuh si ils font pas de réformes qui tiennent la route y aura pas d'avenir puis c'est tout. [...] Pas pour moi. Ça sera pas pour moi. Donc à Mayotte en tout cas si c'est comme ça je laisserai pourrir leeeee... Le fruit. »

E11 « C'est pour ça, moi, je pense que ça va pas durer... Il faut que ça se recentre sur des indications, des projets vie-hôpital des patients, un type de visite à domicile où la effectivement il y aurait un intérêt puisque c'est des patients ALD, qui peuvent pas se déplacer... »

b) Sentiment de fierté

Ce sentiment de fierté, vient se dresser comme rempart au sentiment de menace d'une part et, au changement, suscité par l'état d'esprit de remplacement. Il a été interprété comme agissant à la façon d'un mécanisme de défense.

(1) Sentiment de contrôle

Certains médecins ont développé un sentiment de contrôle, relatif à l'utilisation de la téléconsultation, en faisant preuve d'une plus grande adaptabilité. Ils étaient fiers de maîtriser une nouvelle compétence et l'ont exprimé par de la joie. Dans cette configuration de l'esprit, la perception du risque paraissait inchangée par rapport à une consultation en face à face et l'absence d'examen clinique facilement surmontable. Aussi, l'établissement d'un cadre ou d'une procédure de téléconsultation a également joué un rôle dans le renforcement d'un sentiment de contrôle.

(a) Perception du risque inchangé

E2 « Et Euuuuuh, après j'ai pas l'impression de prendre de risque en faisant de la téléconsultation ! M'fin, y a un risque, mais je ne sais pas s'il est plus important que quand t'as la personne en face de toi, et que tu poses ton diagnostic et que tu fais ton traitement... [...] Tu vois j'ai pas l'impression de faire de la 'merde' en téléconsultation au niveau de la prise en charge de mes patients. Au niveau du diagnostic, de la thérapeutique, m'fin voilà ! »

E9 « ... et puis finalement voilà je me suis vite rendu compte, un peu comme dans la pratique, rapidement on arrive à voir les urgences et on se rend compte qu'on arrive à voir facilement si on a vraiment besoin de l'examen clinique. [...] Et puis y en a qui m'ont jamais rappelé donc finalement c'est que la thérapeutique par téléconsultation était efficace et que du coup il y avait pas besoin de revoir. [...] De toute façon les gens sont globalement autonomes si on leur explique que si ça passe pas ils prennent rendez-vous puis je les verrais et ça se passe bien comme ça quoi ! »

(b) Absence d'examen clinique surmontable

E2 « Et c'est ce que je dis aux médecins qui étaient un peu réticent à l'utilisation... A se mettre à la téléconsultation... 'T'apprends que 95% du diagnostic c'est l'interrogatoire.' Un interrogatoire bien conduit... En fait ton examen clinique, juste, il te confirme ou il infirme, humm... En fait. Le plus important c'est l'interrogatoire ! [...] T'as vu un peu comment j'ai fonctionné... C'est très euuuh... 'Carré?!' ça va être prétentieux, mais voilà les questions sont toujours les mêmes, sont toujours ordonnées. [...] Après on est en période de COVID... Quand j'ai éliminé ce risque de COVID, d'accord ? Parce que je ne les reçois pas, j'essaye de ne pas les recevoir. Quand j'ai éliminé ça pfff... C'est une consultation normale. »

E9 « Alors bien sûr, l'examen clinique on peut pas le remplacer et c'est vrai qu'euuh... Mais Finalement, je me suis rendu compte que bah ouais y avait des cas où j'avais pas besoin. Ça a pas manqué quoi ! Je me suis surprise. Je pensais que ça me gênerait plus. Je pensais que... Parce que moi je suis très clinique, justement, j'aime bien vraiment, être systématique, toucher les gens... [...] M'fin j'essaie d'être vraiment systématique selon la pathologie, de demander toutes les choses... »

(c) L'établissement d'un cadre pratique de téléconsultation

Trois médecins ont clairement exprimé de la fierté, d'avoir su poser des limites et d'avoir établie une procédure de téléconsultation, renforçant ainsi le sentiment de contrôle.

E2 « Parce que à partir du moment où j'ai un doute... Je les fais venir, en fait ! Et là où je mets aussi une barrière pour être limité... C'est qu'euuh sur le même problème, je fais exceptionnellement 2 téléconsultations ! M'fin je fais rarement 2 téléconsultations. Sauf si vraiment je suis sûr à 300 pour cent. »

E9 « Voilà ! Donc une fois de plus si je considérais que ça ne suffisait pas d'avoir que la voix je disais aux gens de passer au cabinet dans l'après-midi ou... Donc voilà ! »

E10 « Donc pour moi, une fois que j'ai vu le malade, la première fois, une deuxième je vais l'appeler en téléconsultation. La consultation du départ, obligatoirement, le malade passe au cabinet. [...] Présentiel obligatoire !! Ce qui me permettait de l'examiner, mettre un stétho sur le poumon, prendre une saturation et les constantes. Et après, je l'appelais toutes les 72 heures pour prendre des nouvelles. Voilà comment j'ai procédé. Et jamais... !!!! Euuuh, faire une téléconsultation à tout venant, pourtant les malades avaient la possibilité... Mais moi ma condition c'était celle-là. [...] Oui ! Ils sont satisfaits ! Ils sont satisfaits mais je pense qu'euuuh... Le problème est un petit peu biaisé. Ils sont satisfaits parce

que, ils savent euuh... Ou elles savent que je connais leur état de santé initial. Et que je pouvais me permettre, euuh... Ahh, dans un deuxième temps, donc de faire des visites sans... »

(d) Projection optimiste de l'avenir de la Téléconsultation

La projection du sentiment de contrôle fait apparaître un certain optimisme chez les médecins, qui sont persuadés que la tendance générale va dans le sens d'une généralisation de la téléconsultation.

E2 « Et avec la crise COVID, je pense que c'est... La demande de téléconsultation va exploser, dans le sens où ils vont avoir du mal à venir se déplacer, à retourner dans les cabinets et euuh...[...] Euuh, j'adore moi ! Je te dis mon projet à moyen terme c'est de faire de la téléconsultation. Pas forcément que ça ! Mais que ça soit, euuh, une partie de mon activité. »

E9 « Bah il va falloir se moderniser. J'imagine que ça va devenir un peu la règle. Parce que même si ici c'est un désert médical, c'est un peu le même cas partout dans les zones rurales et les choses comme ça. Donc je pense que c'est une bonne option, quand même pour palier un peu à certaines difficultés. [...] Bah je trouve ça bien parce que ça permet quand même d'éviter beaucoup de consultations qui finalement peuvent être gérées par téléphone... »

(2) Le médecin est irremplaçable

D'autres ont manifesté une volonté de rappeler le rôle indispensable du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients, en réaction au sentiment de menace.

*E4 « Donc euuuuh... Le but c'est aussi de maintenir la population au contact de médecins générales, libérales... C'est ça aussi notre richesse. C'est que nous on est pas là derrière 50 mille niveaux pour arriver au vrai gens... [...] Alors après encore une fois, ça dépend dans quelle... Mais quand vous êtes dans les petits pays... Quand j'étais à ***** précédemment, je soignais tout le monde ! Les gars bourgeois aux... comment dirais-je au marginaux... Donc là vous avez quand même euuuuh... Et alors ça on déteste ! »*

E8 « Euh, rien ne remplacera jamais la présence d'un médecin au chevet du patient. On est d'accord. [...] Ah bah parce rien ne remplacera jamais le vrai examen clinique, la vraie sémiologie, le contact direct patient-malade. Rien ne le remplacera jamais, mais bon... [...] Donc, la télémédecine ne remplacera jamais le médecin à 100%. Y a toute une série de choses qui nous échapperont si on déserte

le terrain. Par exemple on aura toute une série de patient qui vont décompenser, euuuh... On doit rester malgré tout sur le terrain. On peut faire de la télémedecine mais on ne peut pas faire que ça pour soigner une population. »

E10 « Maintenant... Bon, je crois que rien ne remplacera l'œil, les mains, notre cerveau et notre savoir même si la technique avançait jusqu'à je ne sais où. [...] Aujourd'hui, on peut pas dire, la technologie soutenant un petit peu tout... ! Non, non non ! Elle doit exister. Ça doit être quelque chose de complémentaire. Et non pas, euuuh... Donc 'euh, un outil qui te permet d'avoir une attitude de décision. Ça doit être quelque chose de complémentaire. C'est ça ce que moi je dis à tout le monde. »

c) Sentiment de faire de la médecine au rabais

Ce sentiment est au carrefour de trois émotions négatives que sont la colère, le dégoût et la tristesse. De plus, la mentalisation de consultation physique, générant de la passion, vient s'opposer à l'expérience de la téléconsultation et augmenter le regret que suscite cette pratique.

(1) Sentiment de regret à l'égard de la téléconsultation

Ce sentiment de regret révèle toute la tristesse qu'a pu générer l'utilisation de la téléconsultation perçue comme une pratique très limitante, dépersonnalisante, peu humaniste et surtout peu réjouissante. Aussi, l'absence de possibilité de réaliser un examen clinique était fortement pourvoyeur de tristesse.

E3 « Baaaaah... C'est... Je vous dis je trouve que c'est assez limitant ! C'est paaas... C'est un peu limitant ! C'est pas... [...] Euh, je parle en général ! La téléconsultation en général, c'est... Mon expérience en tout cas c'est... Ça remplace pas une euuuh... Les consultations physiques quoi ! Ça remplace pas je pense la relation en présentielle du médecin avec son patient quoi. C'est mon avis... »

E4 « Mais par contre, dire que je suis satisfait de ce que j'ai fait au point au je pourrais l'être, mais ça m'arrive rarement d'être satisfait, de ce que je fais au cabinet. Ouais non ! On est pas au même niveau quand même. Non, non... [...] Est-ce que le patient peut ressortir de là en se disant 'oui j'ai été examiné par un docteur' ? Et est-ce que le docteur peut ressortir de là en se disant 'Ouais j'ai examiné mon patient' ? Binh non dans les 2 cas ! Il a pas été examiné, je ne l'ai pas examiné... J'ai fait au mieux et luuuu il a le... L'ordonnance, ou du moins la prescription ou le résultat, d'une consultation, qu'on a fait au mieux ! Voilà... »

E5 « Ouais ! Bah en fait, ça reste un recueil de symptômes euuuuuh... Qui va aboutir à un diagnostic ou une hypothèse diagnostique mais ça reste du traitement symptomatique en fait. [...] Ouais c'est un gain de temps mais bon c'est moins satisfaisant que de voir les gens en vrai quoi ! »

E6 « Parce que y a quand même ce problème de l'informatique c'est qui a un peu de dépersonnalisation des choses hein... [...] Bah c'est-à-dire qu'euuuuuuh l'humain... Et l'humain euuuh... On perd un peu d'humanisme ! Et ça aussi c'est un vrai problème. L'humain c'est important : c'est aussi important que la science... donc' euuuh là on perd un peu d'humanisme et ça... »

E7 « C'est pas un gros mieux. Moi je préfère vraiment voir les gens et c'est dans les deux sens hein ! Vraiment. [...] Mais à choisir c'est quand même plus simple de voir le patient en face de toi et... Plus agréable ! Et pour les patients, eux, c'est sûr qu'ils préfèrent. »

E8 « Bah tous les cas où tu sais qu'un examen clinique est absolument indispensable. Comme je sais pas moi... Un patient qui a une masse dans l'abdomen, tu passeras à côté, par exemple. Je sais pas moi... Donc tu as tout ce qui pourrait être mis en évidence par un examen clinique poussé : tu passes à côté ! »

E11 « Et puis c'est vrai que, bon c'est quand même emmerdant de pas pouvoir examiner les gens quoi ?! [...] Bah tu sais, par exemple, tous ce qui est digestif la télémedecine ça va rien t'apporter. Donc déjà rien que sur le digestif je vois pas comment on peut faire. Sauf à l'interrogatoire... »

(2) Mentalisation d'une consultation physique

La mentalisation d'une consultation physique a provoqué chez plusieurs médecins de la joie ce qui a accentué les différences avec la téléconsultation et a participé à alimenter de la tristesse à son égard.

Ici, volontairement la joie provoquée par la mentalisation des consultations physique et la tristesse en comparaison à la téléconsultation étaient placées en miroir. Donc la passion et la fierté, exprimées par l'aisance naturelle du métier en consultation en face à face, étaient entremêlées de regret, en opposition à la téléconsultation.

E2 « Après... ... Après effectivement il y a un contact qui n'est pas le même...[...] Bah moi j'aime bien voir la tête des gens quoi (sourire ému). Bah tu vois le contact est pas le même, moi j'aime bien... Avant le COVID hein... Moi je touche mes patients... T'as vu un peu la proximité que je pouvais avoir ! Qui n'est pas forcément, professionnel ou pas, je peux pas te le dire si tu veux, mais euuh voilà ! »

E3 « Je préfère les consultations physiques : c'est sûr ! Apriori moi... Bah je préfère avoir les gens en face de moi... Et puis ouais, pouvoir discuter, interroger, examiner plus que par téléphone que par téléconsultation, ouais ! »

E4 « Non ! Non non... Non parce que la consultation en face à face on est en 3D ... C'est : asseyez-vous... D'accord ! Je sais pourquoi vous venez alors maintenant confirmez le moi. [...] (Sourire) Exactement. C'est euuuuh... Bien souvent c'est l'entrée et la sortie. L'entrée... et le mot, super important, super fondamental... Tu fais l'ordonnance et tout... Et là on se rassoit parce que là on a eu un élément qui change tout ! [...] M'fin y a des choses comme ça... Alors que, quand même, à la consultation, souvent il suffit d'appuyer sur un point et tout le monde se rassoit quoi... "J'ai mal à la tête depuis 6 mois sur le coté". Là, je déclenche le C2, bon... [...] Ça serait quand même plus riche au cabinet. Mais... Parce que je vais sentir le patient, parce qu'en plus je le connais... C'est pas... Les patients que je connais bien, quand il s'assoit je vois bien si ça va ou ça va pas. Ici ça va toujours. La réponse de base, standard... "Vous êtes en train de mourir ?" ... "ça va !" ... Mais y a des petits "ça va", des gros "ça va", des moyens "ça va" ... m'fin voilà. Alors ça, c'est plus facile chez quelqu'un que vous connaissez, bien évidemment, et c'est plus facile si vous avez vraiment tout le visage, la posture dans le siège et cetera, et cetera... »

E6 « Non... Non, bah le problème c'est que, l'interaction humaine est moins forte, ... et donc' euuh du coup quand onnnnn... On voit sans doute moins la réaction des gens, on peut moins adapter son discours à... A l'individu, qui est en face quoi. Ça certainement ! Vous voyez une consultation c'est une espèce d'éponge entre le médecin et le patient. Vous parlez, vous parlez, vous écoutez, vous voyez comment la personne bouge et vous adaptez, vous reposez la question... C'est beaucoup plus compliqué au téléphone. Et ça, c'est absolument fondamental dans une consultation, parce que... [...] Alors que quand on fait une consultation, y a des gens faut être... Parfois y a des gens faut être un peu directif, d'autre faut pas trop leur dire les choses, d'autre faut les amener en douceurs en deux, trois consultations... Moi je sais que quand je fais une consultation je m'immerge. Mais voilà je mets les pieds sur la table, on s'immerge, et puuuuis... Puis voilà ! Et ça peut aller rapide mais ça peut être intense. Au téléphone, c'est pas possible. Ça, si y a pas d'interaction, on passe complètement à côté. [...] On est un peu standardisé au téléphone. [...] Bah c'est-à-dire qu'on a toujours un peu le même comportement puisqu'on n'est pas influencé par la personne qui est en face. »

E11 « C'est-à-dire que de toute façon, ça ne peut pas être meilleur que quelqu'un que tu examines dans sa totalité, que tu peux voir se comporter... [...] Bon bah on est bien d'accord que quand un patient arrive... La posture... Moi la première chose que j'observe c'est comment il se tient. Si il arrive vouter machin... Bon tu fais un peu plus gaf' que si il arrive frétilant et qu'il te dit qu'il a de la fièvre. Donc c'est des choses que ça tu peux pas percevoir, déjà, dès le début. [...] C'est pas avec la télémedecine

que tu vas savoir si t'as un ventre très souple. [...] Il va te dire j'ai mal à l'épaule mais tu vois si vraiment il est handicapé de l'épaule ou si c'est un petit truc... M'fin voilà ! C'est comme quelqu'un qui a une crise d'épilepsie ou spasmophilie... Là tu prends le bras de la fille tu le laisse tomber si elle arrête son mouvement tu vois bien qu'elle simule. Mais là tu peux pas le faire tu vois. »

(3) Sentiment de pénibilité

Bon nombre de participants ont ressenti de la pénibilité à faire des téléconsultations. L'origine de cette frustration venait avant tout de l'impression de passer plus de temps à faire de l'administratif.

E1 « Non c'est pire !! C'est laborieux. Ouais Ouais c'est laborieux ! Bah écoute c'est plus simple d'imprimer un papier, de signer et de donner que d'euuh télécharger, d'utiliser un logiciel pour faire une signature directement sur un papier PDF, retélécharger, envoyer par mail, trouver l'adresse mail, vérifier que la personne elle l'a eu... C'est plus, c'est plus laborieux. »

E7 « Non. Non, moi je trouve pas. Je trouve que ça prend plus de temps. Euuuh... ça prend plus de temps... M'fin, non, la téléconsultation en elle-même, remarque si, tu gagnes un peu de temps ! Mais après comme nous on a à gérer l'administratif, au final, c'est plus... Je pense que le temps de téléconsultation doit être le même finalement mais par contre c'est pénible. C'est pénible parce que nous on faisait les allers-retours constamment entre la porte et ici, on répondait au téléphone... M'fin vraiment ce système, là, c'était long. Mais en temps de consultation ça doit... Ouais un peu près au même. Peut-être un petit peu plus rapide. »

E11 « Honnêtement moi je suis uuuun... Moi je trouve que la téléconsultation, contrairement à ce qu'on pourrait penser, c'est beaucoup plus chronophage. Tu es obligé d'avoir un interrogatoire qui est beaucoup plus poussé, beaucoup plus approfondi, alors que c'est des questions que tu ne poserais pas nécessairement si tu à la personne de visu. [...] Ouais, ouais ! Franchement, la télémédecine ça fatigue plus. Et ça me semble aussi... Alors effectivement, on se fatigue, car y a quand même plus de travail en téléconsultation... Pas de façon intellectuelle, mais sur le plan de l'appareil et tout. »

(4) Sentiment de dégoût à l'égard de la téléconsultation

D'autres, ont clairement exprimé du dégoût en exposant leur mépris, à l'encontre de la téléconsultation et renforçant ainsi le sentiment de faire de la médecin au rabais. Le dégoût était relatif à la représentation dégradée qu'ils avaient de la téléconsultation.

E3 « Est-ce qu'on peut vraiment appeler ça des consultations ?! Je trouve que c'est quand même limité quoi ! [...] Ça, j'avoue, j'ai pas... J'ai pas envie de me lancer dans un nouveau métier qui m'intéresse pas plus que ça. Qui me paraît très technique, très technologique, pas très humains. »

E4 « Alors que c'est pour, moi, une 'sous consultation' ! C'est une consultation de deuxième zone. [...] Alors c'est toujours pareil, on peut pas appelé ça des consultations... Euuuuuh, ou alors, ouais euuh, en tout cas c'est pas une consultation comme on pourrait dire un texte d'euuh 5 lignes c'est pas une dissertation quoi ! »

E5 « Non ! Je vois pas pourquoi je continuerais à faire ça ! Je pense pas non ! J'aime bien voir les gens en vrai au moins une fois quoi ! »

E6 « De la... De la... Enfin de la pseudo-consultation facile. Parce que ce n'est pas des consultations d'ailleurs ! [...] La médecine c'est quand même une rencontre entre deux êtres humains. D'autant plus pour le généraliste ! Pour des médecins experts sans doute moins. Mais nous qui sommes des médecins généralistes où on doit voir son patient dans son ensemble... Le voir par un petit bout de lorgnette c'est quand même embêtant ! Donc 'euuh... Donc voilà ! »

E11 « Alors, je sais c'est la mode la télémedecine mais de toute façon ça reste moins bien que de voir quelqu'un en vrai. Je vois pas quel avantage qualitatif ça pourrait apporter ? Non je vois pas. [...] Non, non vraiment la téléconsultation comme j'ai dit... Moi le fond de ma pensée c'est que c'est gadget ! C'est le fond de ma pensée. [...] C'est pas ça qui va remplacer. [...] Et c'est vrai que d'un point de vu logique, ça me semble aberrant... Alors c'est pas un service, mais ça me semble aberrant, qu'un examen de téléconsultation soit remboursé pareil qu'un examen de consultation en live... »

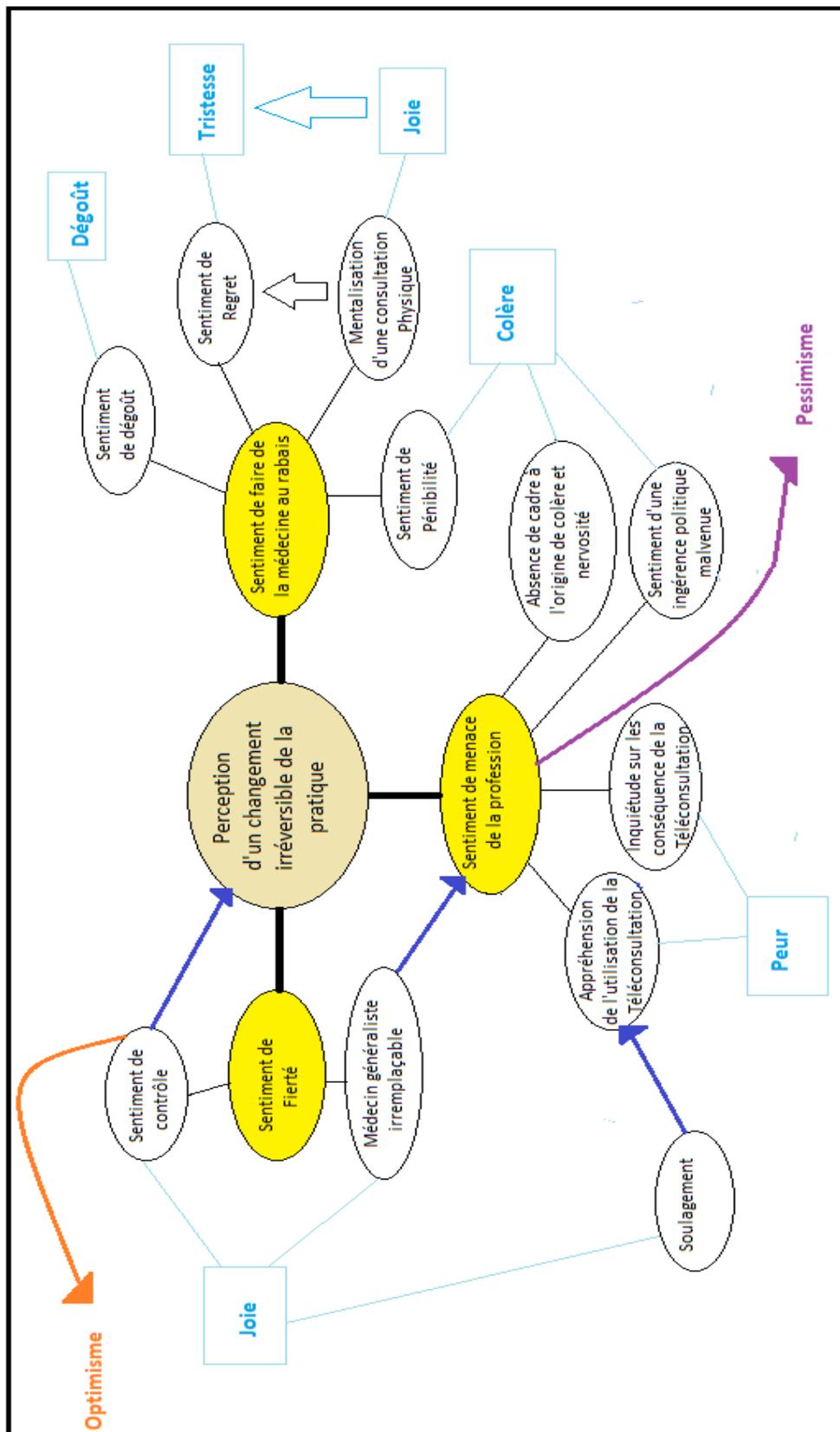


Figure 2 : Modélisation thème 1 : Perception d'un changement irréversible de la pratique

2. La perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte

Ce thème est le reflet principal de l'interaction de la téléconsultation avec les spécificités du territoire de Mayotte et les émotions exprimées relèvent de la tristesse et de la colère. Aussi, ce vécu semble dépourvu de temporalité pour les médecins ayant ressenti cette inadéquation.

Ainsi, les médecins ont exprimé de la tristesse, concernant la barrière culturelle et linguistique en téléconsultation et l'activité abondante en présentiel. Aussi, ils ont exprimé du regret, lorsqu'ils ont évoqué la perception d'un désintérêt plus ou moins marqué de la téléconsultation par les patients.

Aussi, les problèmes rencontrés du fait des problèmes de connectivité ont engendré beaucoup de colère sous forme de frustration.

a) Barrière culturelle et linguistique

La barrière culturelle et linguistique est à l'origine de tristesse et de colère chez les médecins car elle est perçue comme un facteur limitant supplémentaire.

E1 « Euuuh, puis pareil j'ai pas eu la barrière du shimaorais en téléconsultation mais je ne me vois pas le faire ! Le Shimaorais en face à face... Voilà, parce qu'on comprend, y a de la gestuelle tout ça... Mais en visioconf ça serait la panique en fait, franchement ! »

E4 « Donc voilà, la limite elle est là quoi ! Un, je peux pas toucher le patient, deux j'ai besoin d'interprète. [...] Ouais au téléphone ! Mais encore une fois avec des patients que je connais. Mais oui oui là... Les patients que je connais qui parlent français... Après s'il parle en Shimahorais je ne fais pas de téléconsulte. Je passe le téléphone à la secrétaire et je lui dit "Fais les venir !" [...] Euuuh... Il n'empêche que, là, les deux fois ou trois fois où j'ai eu besoin d'interprète... Donc on a été chercher l'employé de pharmacie, ... Parce que moi, et mon assistante en l'occurrence, on ne parle pas le shimahorais... Donc' euuuh... Elle traduit vite fait et puis on sent bien dans son regard, c'est bon, je peux y aller ? Donc, bon voilà, on va pas trainer tout l'après-midi chercher des détails... Faut aller au fait. Alors euuuh... C'est pas trop ma manière de faire ça... Elle a posé les questions mais elle a autre chose à foutre, elle ! »

E6 « Voir la personne c'est indispensable, je pense, parce que... Le problème dans des endroits comme Mayotte, c'est que, on voit beaucoup de patho ! C'est pas de la consultation du 16^{ième} arrondissement de Paris... Et donc' euuuuh... En plus quand on est dans une culture et une langue différente... »

E7 « Parfois compliqué parce qu'ils parlent pas shizungu et moi je parle pas forcément shimahorais... M'fin pour les problèmes qu'ils ont je comprends pas forcément. »

E9 « ... quand on a des gens qui comprennent les choses bien sûr ! C'est que certains j'allais leur dire, je préfère vous voir parce que je sentais que la compréhension était pas toujours...[...] M'fin voilà, une fois de plus faut que les gens soient capables de me dire si ils ont pas de fièvre, pas de douleurs, pas de trucs comme ça. Mais si je vois qui a une bonne compréhension... »

b) Activité abondante en présentiel

Plusieurs médecins ont exprimé de la tristesse et de la contrariété quant à l'intérêt économique et la difficulté de se dégager du temps pour la réalisation de téléconsultation.

E3 « Moi je préfère, la médecine en présentiel et c'est vrai qu'on a assez de travail ici avec déjà tous les patients qui viennent. Financièrement on en pas besoin, même au niveau médicale... [...] Et euuuuuuh... Et puis bon j'ai l'impression que quand même, bien souvent les gens arrivent quand même à se déplacer ou peuvent faire venir quelqu'un... »

E7 « Là en fait comme on a le temps moi je les rappelais, là sur la matinée. Ce qui est impensable d'habitude ! D'habitude t'as pas le temps de rappeler les gens pour les résultats de prises de sang. »

E11 « On a tellement une activité de dingue... C'est vraiment... Je pense qu'il faudrait que tu viennes un jour au cabinet voir. Moi quand je travaille le matin je finis vers 14-15h, j'en vois 40 mais je pourrais en voir 60-70 en journée complète. Y a des mecs qui tournent à 60,70,80... Moi je bloque quand c'est 50 pour 10 heures. Pas plus de 5 Patients par heure. Sinon voilà... [...] Y a pas de visites à Mayotte. On en fait pas parce que c'est pas... Le temps que tu ailles jusqu'à ta visite et que tu reviennes voir un patient, y en a 6 qui attendent. [...] M'fin voilà. Les journées sont pas extensibles. »

c) Perception d'un désintérêt de la téléconsultation par les patients

Certains participants ont perçu un manque d'intérêt pour la consultation de la part des patients allant de l'absence de demande, à l'expression directe d'un refus ou d'avis négatifs à l'encontre de la téléconsultation source de regret et déception.

D'autres ont constaté des réactions de surprise chez les patients qui paraissaient perturbés par la téléconsultation mais la valence émotionnelle des médecins concernant cette réaction était plutôt neutre.

E3 « Non ! Je suis surpris j'ai pas tant que ça d'euuh... M'mmum après je suis installé depuis 2 ans mais j'ai pas eu non plus de demande, particulièrement, pour des gens qui voulaient faire une téléconsultation. »

E7 « Et sinon, c'était compliqué aussi, euuh... Car après ils partent, ils veulent pas, ils disent "C'est le docteur qui vous voit pas" [...] Ils préfèrent le contact. Ah ouais ! Oui. Ah bah non mais ils le... Ils le... M'fin moi je le ressens en tout cas. Je pense que pour les gens faut pas que ça dure trop longtemps. Ça va les agacer vite. [...] Ou même dans ce que les gens disent dehors. Quand t'as deux listes, il disent "Ah bah non mais t'façon faut pas aller voir le mzungu parce qu'elle voit pas les gens." "Je dis si mais d'abord je parle et après je vous vois." »

E8 « Mais le fait d'avoir une image avec un... Tu vois une image, tu vois un médecin, il te parle, parfois le patient est subjugué : il se dit mais qu'est-ce qui se passe quoi ?! Tu vois les gens n'y sont pas encore. Ils sont dans le futur. Ça peut les perturber. [...] Ouais je l'ai ressentie ! [...] Euuuh ouais c'est toutes des réactions du même style un peu, que je rencontre. »

E10 « Bon c'est vrai qu'au départ c'est un peu, euuuuh, difficile pour eux de ne pas avoir la présence du médecin et puis que je leur dise "Tient poussez toi un petit peu par-là ! Mets-toi plutôt de ce côté-là ! A tient là je vois une image." Bon c'est vrai que c'est un petit peu bizarre. »

E11 « Par pour ici. Ici, honnêtement je vais être honnête, les patients ici ils aiment pas trop la télémedecine. [...] Ouais ! Ils le disent à ma secrétaire. [...] Les gens qui sont un peu... Qui ont des diplômes... On va pas dire cortiqué mais qui ont des mutuelles, des emplois et tout, ils l'acceptent plus facilement, on va dire. Même si... Mais les gens qui ont, euuh voilà... M'fin les gens ici, y en a beaucoup qui sont illettrés et tout ça... Euuh, ils aiment bien que tu les touches. Donc pour eux ils ont l'impression de faire une médecine au rabais quoi ! La télémedecine pour eux c'est une consultation au rabais. Les mecs aussi, ils aiment pas, faut dire les choses. Les patients ils sont pas très fans, ils préfèrent venir. »

d) Connectivité insuffisante

Les participants ont ressenti beaucoup de frustration et de la colère à devoir essayer de faire des téléconsultations dans des conditions de connectivité jugée largement insuffisante.

E4 « Mais bon là... En l'occurrence c'était surtout le... les... les problèmes c'était surtout liés à la 4G quoi... [...] C'est-à-dire qu'il était vraiment limite d'euuh... Et l'image était mauvaise, le son de

l'auscultation était pourri... Enfin bon... Grosso modo, valise ou pas valise, je me suis contenté, en vérité de ce que me disait l'infirmier, par rapport à ce que lui il percevait de la situation... Disons qu'il a fallu tout quoi ! On a commencé sur la valise, ensuite on avait pas le son, le son était mauvais, donc on s'est téléphoné avec l'image quand même sur la valise. »

*E5 « Bah techniquement ça marchait pas donc ' euuh... [...] Ouais, ouais ! Problème d'euuh... D'euuh connexion... Je l'ai ouvert sur mon... En étant déjà sur ma boîte à moi. M'fin sur mon compte Facebook mais je sais pas ça marche pas. [...] Bah j'ai essayé Doctolib... Pareil ça marchait super mal ça ! M'fin, ça se mettait en salle d'attente et après... La connectivité était vraiment mauvaise quoi ! [...] Doctolib, j'ai fait une ou deux consultations je crois. Bah c'était bien !! Mais le problème c'est que ça marchait pas. Même avec *****, ça marchait pas. Finalement, on a essayé avec Messenger ! Lui ça marche son Messenger mais moi ça marche pas donc je fais que du téléphone. »*

E6 « mais vu la difficulté... Vu les difficultés sur Mayotte. C'est quand même pas terrible quoi ! C'est pas terrible, c'est pas suffisant quoi ! Parce qu'à Mayotte on voit quand même beaucoup de pathologie quoi ! On voit beaucoup de patho... Donc' euuh, c'est pas possible quoi ! On peut pas faire des consultations en fonction de la vitesse du vent dans les barreaux d'une chaise de la grand-mère. C'est pas possible (Rire). C'est pas possible... »

E8 « Une téléconsultation où j'ai été mis en difficulté ? Oui bah c'est justement le cas classique ou l'outils informatique foire. Ou mon outil informatique foire. [...] Bah j'avais plus de connexion... Euuh, le technicien de téléconsulte m'appelle via mon outil, ça sonne, il voit que ça sonne, moi je vois que ça sonne mais j'arrive pas à décrocher. Un moment j'arrive à décrocher mais on arrive pas à se parler, on arrive pas à se voir : y avait un beug informatique. Donc ça marchait plus. L'autre m'a dit écoute on va laisser tomber, il y avait plusieurs personnes sur le feu. »

E9 « ... parce que j'ai pas de logiciel... M'fin j'ai essayé mais ça marchait pas. C'était euuuuh Klik... Euuuuh... [...] Voilà Klikdoc ! Et en fait ça a beugué et tout ça ! Donc du coup j'ai très vite abandonné... »

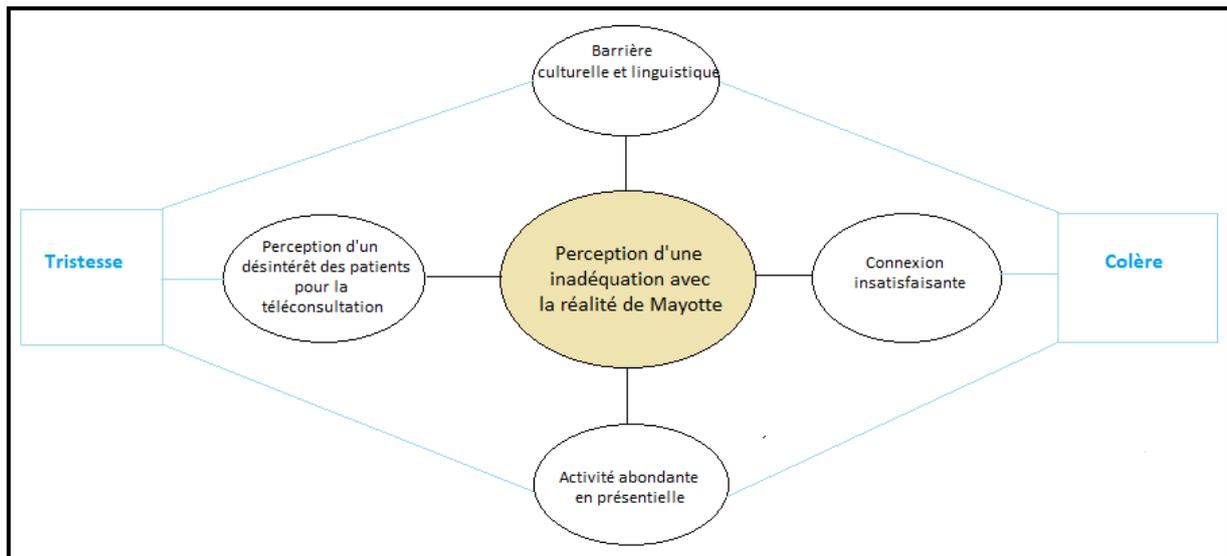


Figure 3 : Modélisation thème 2 : Perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte

3. Un sentiment d'ambivalence à l'égard du projet Telemedica

a) Expérience décevante en médecine générale

(1) Perception d'un détournement du rôle initial de la mallette

Les médecins ont perçu l'utilisation de la mallette durant la crise COVID-19 comme un détournement de son rôle initial, la téléexpertise. Ils étaient plus ou moins préparés à utiliser la mallette Telemedica pour demander des avis à des médecins spécialistes en dehors de l'île, et donc à manipuler les outils auprès de leur patient et non pas se retrouver à la place du spécialiste. Ceci a généré une forme de tristesse, par l'expression d'un regret, allant jusqu'à de la colère pour un médecin qui a perçu un profond opportunisme, de la part des développeurs du projet, qu'il dénonce.

E1 « Initialement, c'était pouvoir faire des téléconsultations médecin généraliste-spécialiste, à l'extérieur de l'île. Donc si tu veux... Moi j'étais préparée à ce concept depuis, euuuh, presque un an en fait !! [...] Ouais ! Je me fais plus confiance en... En technicien, de la mallette, pour réussir à obtenir

des renseignements par un médecin spécialiste à l'extérieur, plutôt que moi en tant qu'expert ! Qui fait une téléconsultation sur un patient ! »

E4 « Mais en fait on m'avait présenté davantage comme quelque chose à ma disposition pour... Mettons, enchaîner 4 ou 5 téléconsultations, au radiologue ou 4 ou 5 téléconsultations pour le dermato et cetera... [...] Voilà, c'est ça ! On est... J'étais pas censé me retrouver en "téléconsultant". Donc c'est ce que j'ai fait 3 ou 4 fois. »

E6 « Alors à travers l'écran, je vais t'aborder un autre sujet qui m'a posé un énorme problème ! Y a pas longtemps on m'a demandé de faire... Il s'est présenté devant la caméra... Euuuh des gens... Sans sécurité sociale, non assuré sociaux ! [...] C'est pas que je veux pas le faire ! Mais là aussi, ça me parait un effet d'aubaine et un chemin très dangereux ! [...] Ça a sans doute un intérêt : de booster la téléconsultation et là je le dis ! Ça a sans doute l'intérêt de booster le nombre de téléconsultation euuuuh... Pendant la crise COVID, pour pouvoir démontrer, pour ceux qui en ont avantages, que la téléconsultation est en plein boom ! C'est sûr que ça a cet avantage... »

E9 « Et c'est vrai qu'avec le COVID ça s'est vachement accéléré et ils ont fait de la médecine générale classique en fait. Ça j'avoue ça m'intéresse moins parce que je préfère faire comme je fais, c'est-à-dire, soit voir les gens au téléphone et les convoquer soit les convoquer direct quoi ! »

*E11 « Le seul problème de la mallette et je l'ai dit à ***** c'est qu'euuh... La mallette, elle était pas faite pour faire de la télémédecine à la base. C'était pour la téléexpertise. [...] Mais après que ça soit pérennisé en télémédecine c'est pas... Je pense pas. Pas en tout cas en libérale. En libérale il y a une réalité qui fait que tu peux pas passer ton temps à passer d'une interface à l'autre. »*

(2) Déception entre la qualité théorique de l'outil et son utilisation réelle

Les médecins généralistes ont exprimé de la tristesse via de la déception à l'utilisation de la mallette. Cela semblait venir du différentiel trop important entre les bénéfices théoriques apportés par la technologie de l'outil et son utilisation en pratique réelle.

E1 « Et puis après, tu vois ça va être des douleurs... Douleurs du genou, et euuuuh..., des renouvellements d'ordonnances, et des choses comme ça et on n'a pas forcément besoin de poser un stéthoscope. [...] Mais j'ai eu des choses très simple en fait, donc j'ai pas eu besoin d'avoir recours aux outils à travers la mallette de l'autre côté. »

E4 « Mais euuuuh, franchement j'aurais pu faire ça sans avoir eu besoin de déplacer la valise. L'infirmier il serait revenu, il m'aurait dit il a mauvaise mine et il tousse... Bon bah vas-y Rocéphine et voilà... Puuuuis euuuuh, ça n'a pas changé grand-chose. [...] Ben sinon, après c'était surtout

des renouvellements d'ordonnance, ou des gens qui n'avait pas eu la possibilité de voir le toubib pour leur ordo et cetera, et cetera... Donc on peut pas dire que c'était palpitant ! »

E6 « D'abord la différence, alors je te parle de téléconsultation, la différence entre Messenger, Whatsapp et les malles : je vois pas bien ce que ça apporte de plus. [...] Par contre perdre 30 minutes, pour renouveler Becotide, Ventoline, moi, je vous cache pas, ça me fatigue un peu. Est-ce vraiment raisonnable d'avoir engagé tellement de moyen pour faire ce genre de consultation ? »

E11 « Mais après que ça soit pérennisé en télé médecine c'est pas... Je pense pas. Pas en tout cas en libérale. En libérale il y a une réalité qui fait que tu peux pas passer ton temps à passer d'une interface à l'autre. Autant qu'il le fasse au dispensaire. Au dispensaire ça aura une utilité... Voilà. »

b) Ergonomie de la mallette perçue comme inadaptée

(1) Perception d'une rentabilité insuffisante

Les participants ont manifesté de la colère, en exprimant de la contrariété et de la frustration, lorsqu'ils ont évoqué la non-rentabilité qu'ils avaient eu de l'utilisation de la mallette.

E1 « Bah c'était pas très rentable en fait, euuuuh... Franchement j'avais pris 2 heures rien que pour ça. Et, euuh, c'était catastrophique quoi ! J'ai vu une par... Euuuh... ¾ d'heure... ça ma gavé en fait ! »

E8 « Puis tu dois le rentabiliser donc derrière faut que tu fasses les choses correctement. Comme les paiements... Tu mets le temps ! [...] Bah ce qui a c'est que l'appareil coute cher donc les téléconsultes euuuuh... Ce que je fais avec les patients c'est que parfois je leur demande de faire un virement si tu veux. Faut que j'imprime mon RIB, que je leur envoie... T'as toute une procédure derrière quoi ! Qui doit être faite. Que quand le patient est devant toi il te paye et c'est bon. »

E11 « Bah parce que, du coup, la mallette, moi quand je l'ai... Je vais la réutiliser mais quand je l'ai utilisé, je l'ai utilisé l'après-midi, j'avais pas beaucoup de monde. [...] Ouais, ouais j'ai attendu toute une après-midi pour un patient. [...] Non, non ! Franchement non. Bon après je travaille pas l'après-midi et j'ai pu faire mes papiers, à côté, mais non c'était pas rentable. [...] La réalité de la mallette c'est qu'elle se confronte à une réalité économique. [...] C'est-à-dire que, la réalité économique étant que, on a tous des cabinets qu'on doit faire fonctionner et on a plein de monde qui attend et qui sont là. Et d'un autre côté, donc c'est un temps ou par exemple, si je décidais de rouvrir l'après-midi, je sais que j'aurais 10, 15 ou 20 patients si je le souhaitais comme certains le fond. »

(2) Perçue comme une activité chronophage et frustrante

Nous avons abordé, précédemment dans les résultats relatifs au thème d'une perception d'un changement irréversible de la pratique, dans le sous thème sentiment de faire de la médecine au rabais, le sentiment de pénibilité qu'avaient exprimé les participants, lié à l'utilisation de la téléconsultation.

Nous avons choisi au risque de se répéter, de relater un sentiment similaire concernant l'utilisation de la mallette.

E2 « Ouais ! J'ai essayé, je suis très très investi et je suis très content que ce projet ait été monté à Mayotte ! Et en fait... Mais j'ai du mal à l'utiliser puisque j'ai quand même une grosse patientèle. J'ai beaucoup d'appels, et euuh je n'arrive pas à me dégager du temps pour utiliser ce système. »

*E4 « Voilà ! A la pharmacie c'est avec *****, je la connais... Je ne suis pas pressé. Et, euuh... Parce qu'en plus ça me bouffe une après-midi. [...] Ouais parce que jusqu'à présent je faisais 14h-16h30... Euuh jusqu'à 17h en gros... Donc en gros je faisais que ça quoi ! »*

E6 « Euuuuh... Puis alors y a des problèmes techniques sans arrêt... [...] En fait on passe son temps avec l'informaticien quoi ! "Y a ça qui marche pas, ou ça qui marche pas"... Donc, pour résumer en une phrase : la mallette est très chronophage ! »

E8 « Oui bah parfois justement, parfois tu as des problèmes de connexion... L'outil n'est pas euuh... Ne fonctionne pas aussi bien qu'on le voudrait. [...] Bah parfois les problèmes informatiques. C'est un outil informatique donc tous les problèmes que tu pourrais avoir, que tu pourrais rencontrer dans un système informatique. »

E11 « Et puis même, même, pour faire l'ordonnance tu vas sur l'ordinateur, tu tapes l'ordonnance, tu la scannes, tu la remets... C'est un temps fou. C'est super chiant ! Honnêtement ça décourage. Franchement, j'ai fait une téléconsultation, là, y a pas longtemps sur un spot, c'était vendredi dernier, euuh, en fait, bah t'examines pas cliniquement, mais c'est hyperchronophage... [...] Euuh, y a un temps aussi de paperasse administrative qui est beaucoup plus important. »

(3) Interface inadaptée

L'utilisation de la mallette nécessite une double interface, celle spécifique de l'outil, le logiciel Telemedica, et le logiciel habituel du médecin généraliste pour la tenue du dossier, la

prescription et la rémunération. Ainsi, cette double interface était à l'origine de l'expression d'une contrariété car perçue comme une perte de temps.

E8 « Par exemple pour faire le paiement on peut, euuh, passer par la mallette. On peut mettre la carte vitale du patient, on peut mettre la carte CPS du médecin mais y a un petit soucis à ce niveau-là. [...] Donc, en gros, le patient ne peut pas mettre sa carte vitale sur la mallette à l'endroit où il se trouve. Je peux pas le faire payer directement via la mallette. Je suis obligé de passer par un autre système. Par exemple, j'ouvre mon logiciel et je facture une téléconsultation euuh... Comme c'était avec la sécu. »

E11 « Il y a deux choses. La mallette ne te permet pas de prescrire directement. Tu fais ta consultation mais je dois aller sur mon ordinateur pour faire l'ordonnance. Voilà. Et vice versa, c'est-à-dire que quand je vois un patient en téléconsultation, je dois transférer l'information sur mon logiciel Medistory®. Donc il y a quand même une perte de temps qui est mine de rien chronophage. Quand tu veux faire de la télémédecine c'est vraiment fastidieux de passer par deux logiciels. D'avoir la mallette d'un côté et puis ton ordinateur de l'autre pour facturer. [...] A faire tes prescriptions, à faire ton compte rendu, puis ensuite tu fais ta prescription sur ton ordinateur, puis ensuite tu l'imprimes, puis ensuite tu la scannes à l'adresse email. Alors, c'est trop chiant quoi ! »

c) Engouement pour la téléexpertise

L'enthousiasme partagé par la plupart des médecins est révélateur de l'ampleur du désert médical à Mayotte surtout pour ce qui est des spécialistes, faisant oublier quasi immédiatement toutes les difficultés rencontrées lors de l'utilisation de la mallette. La téléexpertise est perçue comme un rêve inébranlable, que rien ne pourra arrêter. La joie exprimée ici, par l'évocation spontanée de la téléexpertise par les participants, reflète la congruence entre la situation et les besoins. Nous percevons ici, un renforcement motivationnel pour le projet initial Telemedica.

E1 « Ah, si, la mallette je vais m'en servir pour les spécialistes à l'extérieur. [...] D'ailleurs, euuh, par exemple, tu vois quand tu sais que sur l'île de Mayotte, comme on a très peu de spécialistes... [...] Oui ! J'aimerais vraiment organiser ça, oui ! Surtout, pour la dermato ! La dermato, la neuro, vraiment les domaines où c'est tellement compliqué, les gens galèrent, qu'on pourrait être efficace... ouais : dermato, neuro surtout. Dans ceux qui me viennent à l'esprit là, tu vois ?! »

E5 « Non... Bah après si, peut-être pour les... Avec des outils plus performants que le téléphone, style la petite valise qu'on nous avait présenté... C'est intéressant pour les dermatos, les cardiologues et cetera... [...] Ouais plutôt spécialisé ! Parce que ici à Mayotte on manque quand même pas mal de spécialistes... Là ouais ! »

E6 « Par contre, la téléexpertise, alors là pour le coup... Euuuh... Sur un endroit comme Mayotte, ça a toute sa place. Toute sa place ! Parce que je pense qu'un médecin généraliste est prêt à perdre 30 minutes, même si c'est chronophage, pour un malade compliqué... Et euh... Pour qui on a besoin d'un avis, euh, spécialisé qu'on ne peut pas avoir sur place. On est prêt à perdre du temps pour ça ! »

E7 « On a eu une soirée où ils nous ont présenté les mallettes mais c'était pour la téléexpertise. [...] Tu vois en dermato mais ça serait tellement bien ! »

E9 « Par contre oui pour de la téléexpertise de spécialiste, vu comme on est en manque global de tous les spécialistes ici, ça, ça peut être chouette ! Ça peut être chouette de pouvoir faire... »

E11 « Non, non. Voilà, mon expérience c'est que la téléconsultation, c'est euh... En tout cas en télémédecine, en téléconsultation, moi je pense que la téléexpertise ça a tout son sens à Mayotte parce qu'on a pas de spécialistes. »

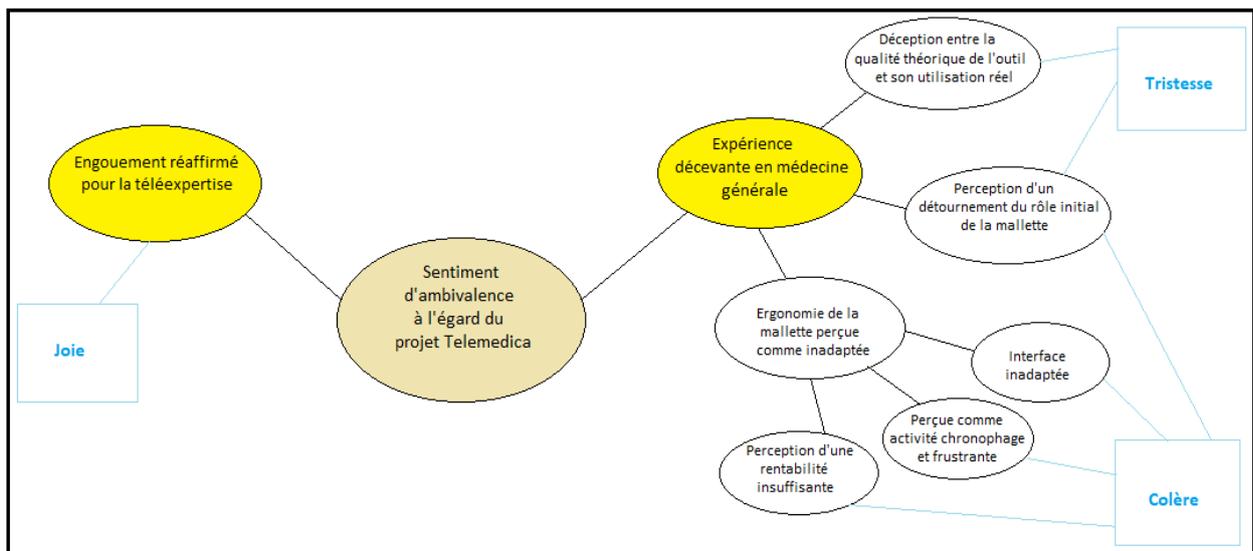


Figure 4 : Modélisation thème 3 : Sentiment d'ambivalence à l'égard du Projet Telemedica

4. Sentiment de satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation

a) Lié à la crise COVID

(1) Satisfaction réciproque médecin- patient

La plupart des participants ont exprimé de la joie, par de la satisfaction d'avoir eu l'occasion d'utiliser la téléconsultation durant la crise COVID-19. Ils ont apprécié le côté « expérientiel » au sens ponctuel et non durable de la téléconsultation et, surtout le fait d'avoir gardé un lien avec le patient à l'origine d'une reconnaissance explicite de celui-ci.

E1 « Non...je pense que, encore une fois, il y a des choses qu'on faisait déjà, des renouvellements, tu vois chez nos patients chroniques, y a des sujets que l'on traite déjà en téléconsultation, pas forcément en visuel, par téléphone, avec les équipes paramédicales et ça, ça ne changera pas... [...] Euuuh... Et puis ça nous a permis une bonne expérience. »

E3 « Baaaah oui ! Vu la situation qui était vraiment extrême de... Bon si on interdit aux gens de sortir... Si les gens sont confinés chez eux vaut mieux avoir cet outil que rien. [...] Maintenant, moi je pense que c'est une bonne chose. Ça a permis quand même je pense d'euuh ça... Je pense que ça a rendu service à beaucoup de patient... [...] Non mais bon, je pense que les gens étaient satisfaits de pouvoir avoir au moins quelqu'un... Des informations, des renseignements, la prise en charge... »

E4 « Ça revient à ce que j'ai dit tout à l'heure... Ouuuui' euuuuh... D'une part ça m'a permis de vider le cabinet et d'avoir des nouvelles de mes patients et cetera, et cetera... Et pouvoir avoir les patients soulagés de pouvoir se permettre de m'interroger au téléphone et de faire durer une conversation téléphonique ! »

E7 « Bah y a du positif donc y a des choses à garder mais euuh je vais pas la généraliser. Je pense que je vais pas la généraliser. »

E8 « On est dans un cadre d'urgence : on essaie de pallier au manque de médecin, de un, et au fait que le patient ne peut pas se déplacer, qu'on ne peut pas le toucher. On est en train de palier à des manques quoi ! Euuuh... Tu élimines certains risques de contagiosité pour toi, pour le patient. Euuuh, le patient qui n'est pas mobile t'arrives à le voir malgré tout... »

E9 « J'ai plus, même, l'impression qu'ils étaient contents de savoir qu'ils pouvaient avoir quelqu'un au téléphone si jamais ils pouvaient pas se déplacer ou si jamais il n'y avait pas de place au cabinet. [...] C'était plus justement rassurant et pour eux l'impression qu'il y avait une continuité. M'fin moi je l'ai

plus sentie comme ça. Après euuh... Ouais je pense que c'est bien ! Ça va forcer un peu tout le monde à mettre le pied à l'étrier alors que bon on a tous tendance à repousser la mise en place de nouvelle chose et puis, bah, là on s'est rendu compte que c'était bien pratique, que c'était pas très compliqué et que finalement ça marche. Bon même si une fois de plus moi je suis qu'au téléphone. Il me manque quelques critères... »

(2) Satisfaits du remboursement à 100 %

Une bonne partie des médecins ont exprimé de la joie, en étant satisfait de la décision de remboursement à 100% des téléconsultations.

E5 « Bah c'est une bonne chose. C'est une bonne chose pour les patients quoi ! »

E8 « C'est bien. C'est bien ! Qu'est-ce tu veux que je te dise d'autre ? (Rire). C'est bien ils ont fait l'effort. Non c'est à souligner, c'est appréciable. Merci la sécu ! »

E9 « J'ai trouvé que c'était une très bonne idée. M'fin moi j'ai trouvé que c'était une très bonne idée quoi ! [...] C'était ce qu'il nous fallait parce qu'en plus les gens ils ont pas besoin d'avancer, y a pas la problématique d'aller leur réclamer le tiers payant, y a pas tout ça donc c'est vrai que, c'était facile et c'était utile au moment où c'est arrivé. [...] Je pense que c'était une bonne chose. Je sais pas si ça se poursuivra après la crise mais je trouve... »

E10 « Ah ça c'est une bonne chose ! Franchement ! C'est une très bonne chose parce qu'euuh... Bon, il y a les deux côtés. Faut pas, disons, se voiler les yeux. Le côté positif pour le patient qui ne veut pas se déplacer, qu'ils ont un petit peur et cetera, et qui acceptaient bien de jouer le jeu. Et donc il y avait pas de perte de temps. Donc on soignait en temps et en heure. »

E11 « ça c'est bien ! En tout cas c'est bien pour ici. Donc le fait que c'était remboursé à 100 %, c'était vraiment... Ça a levé un obstacle. Les gens ont plus facilement accepté d'utiliser la télémédecine. »

(3) Satisfaits d'avoir pu palier à la baisse d'activité

Certains intervenants, par la satisfaction exprimée, ont rappelé l'importance financière de la mise en place de la téléconsultation pour palier à la baisse d'activité.

E9 « Ça permet de rajouter des fois 7-10 consultes en plus que je ne peux pas faire physiquement. [...] Donc moi je pense que c'est une bonne idée si ça se poursuit. »

E10 « Et puis, il y a le côté aussi, d'être remboursé à 100 % et donc palier un petit peu à la baisse d'activité qui était indéniablement, disons, palpables. »

E11 « Moi j'ai commencé, franchement je sais plus... Mais je pense un peu près 2 semaines après le début quoi ! C'était vers le 1^{er} avril, une chose comme ça. Mais, euh... Mais du coup-là, j'ai décidé de le faire... M'fin de commencer... Voilà quand l'activité à un peu chutée ! »

(4) Perception d'une réponse adaptée pour limiter le risque de contagiosité

La mise en place de la téléconsultation, dans le but de limiter la contagiosité, a été perçue comme adaptée et a donc été une source de satisfaction.

E8 « Alors oui ! oui ! Parce que y a certain... Certaines personnes potentiellement contaminantes que je ne vois pas ! Y a certains cas, justement, qui ne sont pas de cas difficiles en termes de médecine pure ou en terme de sémiologie ou d'examen clinique mais qui peuvent être contaminant et eux je peux les basculer en téléconsultation. Ça oui ! J'admet. »

E9 « Ensuite, euuuuuuuuh... Benh le maximum qu'on pouvait, on faisait les choses par téléphone. [...] Bah voilà, comme je vous disais certains, par exemple les suivis dengue, qui vont de mieux en mieux je les rappelle mais je les refais pas venir quoi ! Je préfère qu'il reste tranquille chez eux, qu'ils se reposent, qu'ils s'exposent pas à une éventuelle contamination COVID ici... »

E10 « Et puis, certains de mes patients, m'ont bien dit que c'était un bon moyen parce que c'est vrai que elles se sentaient pas à l'aise de sortir de chez eux, ou de chez elles, de croiser des gens non masqués... Euh voilà, des attroupements et cetera et cetera et de venir ici... [...] C'était pas au cabinet ! Mais c'était surtout sur le circuit, sur le trajet les menant chez moi, donc ils étaient pas rassurés et ont préférés qu'on fasse tout par téléconsultation dans la mesure où c'était possible. »

(5) Sentiment agréable en réponse à la reconnaissance d'une pratique ancienne

La reconnaissance par la rémunération d'une pratique ancienne a été accueillie chaleureusement par les médecins.

E1 « Bah oui !! Mais je fais souvent, mais ça c'est notre quotidien de médecin, par téléphone avec les infirmiers, et cetera... [...] Et en fait je le ferais encore ! Surtout pour les patients à domicile qui sonnt..., qui ne peuvent pas se déplacer comme ça... Donc oui je continuerais, même peut être plus facilement d'ailleurs ! »

E9 « Même globalement, c'est vrai que avant on faisait pas mal de conseils par téléphone qui n'étaient pas rémunérés. [...] Là c'est quand même agréable de se dire que quand on passe un quart d'heure au téléphone avec quelqu'un on va avoir une consulte quand même quoi ! »

b) Liée à l'expérience de l'utilisation de la téléconsultation

(1) Relation médecin-patient préservée pour les patients connus

Les médecins ont été satisfaits de la relation médecins-patients pour les patients qu'ils connaissaient. Ils ont même exprimé une certaine fierté à rappeler que la voix est suffisante pour évaluer l'humeur, en lien avec la santé de leur patient.

E1 « Euuuuuh... .. Baah, pour les... Pour les patients que je connais bien. Quand on connaît bien ses patients, même à la voix tu sais si la patiente va bien ou vas pas bien !! Tu sais siiiii, tu sais siiiii, m'fin, donc la relation elle est complète, [...]... puisqu'euuuuuh, y a des patients, m'fin le problème c'est que je suis constitué d'une patientèle, elle est pas trop grosse, et je connais bien mes patients, je connais bien leur poids, je connais bien leur façon de se comporter, leur façon de dire bonjour et cetera... [...] Du coup j'avais pas l'impression que c'était trop altéré... »

E2« Après c'est facile pour mes patients, parce qu'ils me connaissent, ils savent comment je suis. Même si c'est au téléphone, si c'est en téléconsultation on a déjà créé ce lien, ce relationnel entre le médecin et le patient. »

E4 « Mais sinon c'est quelque chose que j'ai toujours fait avec des patients que je connais. Parce que les patients que je connais bien, à son "Allo docteur"... Euuuh déjà j'ai des trucs... »

E7 « Alors quand c'est un suivi : les patients ils sont ravis ! C'est-à-dire qu'ils sont ravis que je les appelle... Que je les appelle un dimanche, ils disent : "Merci, merci, merci ". Donc, là, ils sont plutôt contents, puis moi je suis contente. Oui, j'ai l'impression de vraiment les suivre et de m'occuper d'eux. »

E9 « ... et puis en plus les gens sont rassurés d'avoir un contact avec le médecin. [...] Ouais j'ai ressenti qui avaient des patients qui étaient contents qui disaient "Merci de me rappeler". M'fin voilà il y avait vraiment... »

E10 « Donc ça, ça leur faisait plaisir, de voir, voilà, leur médecin appelé. "Tient j'ai une éruption cutanée, tient qu'est-ce que vous en pensez et cetera. Ah tient ça voilà, donc je vous fais une ordonnance. Allez-y à votre pharmacie et cetera et cetera." Ça c'était positif ! [...] Mais j'ai aimé ! J'ai aimé ! Et puis on a rigolé, on faisait des blagues. C'est vrai que c'était... Non, non, c'était pas choquant, c'est même très bien. »

(2) Relation de confiance envers les paramédicaux

Les participants ont rappelé l'importance du personnel paramédical, qui semble particulièrement important dans la pratique de la téléconsultation. Ils ont très bien exprimé, la confiance qu'ils accordent à l'évaluation des infirmières et infirmiers libéraux.

E1 « Bah oui !! Mais je fais souvent, mais ça c'est notre quotidien de médecin, par téléphone avec les infirmiers, et cetera... Qui vont nous dire "Oui bon là, intel, à de la fièvre" tu vois bien qu'il tousse, qu'il est gêné, qu'il a fait une fausse route avant-hier, on sait que c'est un Monsieur alité, donc on va pas hésité à mettre de l'Augmentin. Faire confiance à l'infirmière avec son diagnostic. [...] Bon finalement, l'infirmière m'a rassurée en disant que les paramètres étaient bons. Mais je n'étais pas très satisfaite. »

E2 « Après ça dépend de l'entourage, quand y a des infirmières, y en a pas mal des gens qui ont une infirmière libérale... Donc les infirmières qui ont pris contact avec moi... Binh y a quand même une première évaluation qui est plutôt fiable... Et euuh, et voilà ! [...] Donc quand, ils disent que le patient est pas bien ou n'importe quoi, j'ai une première évaluation en disant « Non, bah écoute soit tu l'emmènes soit tu prends les constantes, je donne des directives, on se rappelle dans les 24-48h, ou euuh... »

E4 « Grosso modo, valise ou pas valise, je me suis contenté, en vérité de ce que me disait l'infirmier, par rapport à ce que lui il percevait de la situation... »

(3) Perception d'un intérêt pour la téléconsultation d'un certain profil de patient

Les médecins à travers leur expérience de la téléconsultation ont identifié une population particulièrement intéressée par la téléconsultation. Il s'agissait plutôt d'une population, jeune et active, avec une situation socio-professionnelle favorable et une urgence ressentie à consulter faible. La valence émotionnelle n'était pas clairement rattachable à la joie mais l'identification d'une population intéressée vient s'opposer directement à la perception d'un désintérêt de la téléconsultation par les patients. Et prend tout son sens dans la satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation en précisant la population cible.

E2 « Bah en fait, après ça dépend quel genre de population ! Et, moi j'ai une certaine population qui, euuh qui dit "Bah putain moi c'est génial parce que moi j'ai pas le temps, je travaille et faire ça par téléphone... Faire de la téléconsultation ça m'arrange ! Est-ce que vous allez continuer ?". [...] Bon

bah c'est une population assez aisée ! Même pas aisée, c'était une population qui était très active et qui avait pas le temps, en fait. »

E5 « Bah il y a plus de jeunes en fait ! Les personnes âgées... Après c'est par le biais... On continue à les suivre par le biais des infirmiers libéraux donc' euh... »

E9 « M'fin, moins... Je dirais que les gens qui sont dans une urgence ressentie très forte ils ont besoin de la réassurance physique ! Donc pour moi j'ai quand même l'impression que ce sont des gens moins inquiets ou qui sont... On a l'impression que c'est pas trop grave ce qu'ils ont. [...] M'fin voilà, des choses que les gens y connaissent un peu et du coup ils sont assez confiants, qui peuvent faire des choses tout seul quoi ! »

E11 « Les gens qui sont un peu... Qui ont des diplômes... On va pas dire cortiqué mais qui ont des mutuelles, des emplois et tout, ils l'acceptent plus facilement, on va dire. »

(4) Identification d'indication satisfaisante en téléconsultation

Les différents protagonistes, à travers leur expérience de l'utilisation de la téléconsultation, ont exprimé de la joie dans un certain nombre de situations bien précises. Ces situations ayant engendré de la satisfaction, teintée d'un peu de fierté, dessine un spectre d'utilisation de la téléconsultation. Ainsi, des motifs de consultations paraissent propices à l'utilisation de la téléconsultation comme les motifs dermatologiques, des arrêts de travail et des renouvellements d'ordonnances. Aussi le suivi de maladie aiguë ou chronique paraissait, particulièrement une indication de choix en téléconsultation, et une source de grande satisfaction pour les médecins mais aussi pour leurs patients qui leur faisaient savoir. Pour finir, l'utilisation de la téléconsultation a semblé pertinente dans la délivrance d'information et de conseils.

E1 « Ce qui m'arrive c'est de faire des renouvellements d'ordonnance, mais, c'est plus des téléconsultations ou on peut facilement identifier ! Par exemple, j'ai eu le cas d'un panaris. Le Monsieur me décrit par téléphone un truc tellement évident !! Que j'ai même pas eu besoin de voir son pouce quoi ! Donc, euuuh..., voilà !! [...] Euuuuuh... Euuuh... Oui oui par whatsapp !! J'ai eu des photos, j'ai par exemple... Whatsapp tout à fait !! Par exemple, j'ai eu un ulcère veineux, et euuuh, la fille, m'a envoyé la photo du pied, la photo de l'ordonnance de mon collègue et cetera... Whatsapp oui tout à fait !! »

E2 « Tu vois ça c'est une nouvelle patiente et c'est un problème dermato donc c'est facile. Elle envoie les photos puis le diagnostic il se fait m'fin... [...] Tu vois pour mes patients COVID, j'en ai quelques-uns, je les appelle toutes les 48h, pour savoir comment ils vont, pour savoir si les signes ont évolués car ils sont vachement en souffrance... »

E3 « J'en ai fait par téléphone avec les patients qui appelaient pour des remises d'ordonnances, des arrêts de travail, et des choses comme ça... [...] Baaaaahh... Bah c'est plus un recours pour moi... [...] C'est plus les gens... Pour répondre à une certaine demande, les interrogations des gens quoi ! [...] Moi c'est vraiment la consultation avec du conseil quoi ! Euuh voilà, si ça va pas mieux demain ou après demain vous venez. Donc euuh je vous dis j'ai l'impression d'avoir fait plutôt de la télé... Téléconseil... Justement par téléphone c'était l'occasion de faire plus du conseil, de l'information. »

E4 « Binh sinon, après c'était surtout des renouvellements d'ordonnance, ou des gens qui n'avait pas eu la possibilité de voir le toubib pour leur ordo et cetera, et cetera... [...] Euuuuh c'est euuuuh plutôt résoudre un problème bien ponctuel. Mais par contre pour résoudre un petit problème... "J'ai super mal à la gorge" Quand vous avalez ça monte dans les oreilles ?" "Oui" Bon bah voilà c'est une angine... »

E7 « Ah si un truc si, tu sais... Par contre la téléconsultation pour les COVID... Je fais des feuilles comme ça (elle montre une feuille de suivi). En fait, les gens quand je les vois, là, par exemple c'est une dame que j'ai vu ce matin... Je mets la date de consultation et à J7 et J14 je les rappelle et ça pour le coup c'est vraiment de la téléconsultation. Je les vois pas ! Ils sont chez eux, et moi que ça soit un dimanche, un samedi ou jour férié, benh le J7 ou le J14, je les appelle, je leur demande comment ils vont, je remplit ma petite feuille. Voilà. [...] Alors quand c'est un suivi : les patients ils sont ravis ! C'est-à-dire qu'ils sont ravis que je les appelle... Que je les appelle un dimanche, ils disent : "Merci, merci, merci ". Donc, là, ils sont plutôt contents, puis moi je suis contente. Oui, j'ai l'impression de vraiment les suivre et de m'occuper d'eux. »

E8 « Je pense que la téléconsultation c'est une modalité qui est intéressante. Je pense qu'il faut savoir l'intégrer à ta pratique de tous les jours. Tu ne peux pas faire que de la téléconsulte. Maintenant, c'est un outil mis à notre disposition, à nous de savoir le gérer comme on l'entend au mieux. Et en le faisant bien ça peut être pas mal. Ça peut être pas mal ! Tu peux faire ça par téléphone pour les choses simples, rapides. [...] Euuuuh, ouais tu peux faire ça comme en ce moment où tu peux pas trop voir le patient ou le patient ne peux pas se déplacer ou il y a des risques de contagiosité euuuuh... »

E9 « Donc je leur explique toujours les signes de gravités, les choses qui doivent nécessiter de reconsulter ou d'appeler le 15 si vraiment... Voilà donc par exemple... Ouais la cystite ou l'allergie ou les renouvellements d'ordonnances, on va dire bateau, d'asthme, d'HTA ou de gens qui vont bien. Donc

ça c'est vrai que c'est bien, ça permet de faire un petit peu le point sur l'état général comme ça au téléphone et puis si y a pas de soucis on renouvelle quoi ! [...] Ouais du coup le suivi est... Par exemple j'ai des exemples de gens que je rappelle tous les lundi depuis quelques semaines parce que c'est des problématiques... Typiquement, là, c'était une diarrhée un peu chronique... On faisait des examens et tout ça mais il y avait pas vraiment besoin de se voir pour la suite. Donc c'est bien, ça permettait toutes les semaines... On faisait un petit point téléphonique. Voilà y a beaucoup de chose du suivi qu'on pouvait faire par téléphone. Pareil tous les gens que je voyais pour la dengue ou des choses comme ça, à qui je faisais faire des bilans... Du coup au lieu de les faire revenir, je les rappelais en disant voilà "Vous en êtes où ? Le bilan y a ça et ça qui va pas ! Faudra recontrôler" Puis voilà. »

E10 « Maintenant, j'ai eu des malades qui m'ont appelé, au cours de la dengue pour me montrer des lésions cutanées... On sait tous que certaines dengues donnent, donnent... D'une gravité... Parce que celle-ci était très grave et virulente, on avait des rashes cutanés et donc ceux-là je les ai vu en téléconsultation parce que je le connaissais déjà avant ! Hein, donc soit pour le rassurer soit pour leur dire de faire attention de ne pas faire d'efforts, éviter tous ce qui est anti-inflammatoire, éviter tout... Et voilà ! Et puis, leur rappeler, surtout que je leur avais déjà dit ici : boire beaucoup, hyperhydratation, paracétamol et repos ! Et ça s'est passé complètement, j'ai pas eu de soucis avec le patient. [...] Mais quand je peux le faire je le fais ! La situation, c'est celle-là que je viens d'évoquer... Ça ne fait pas longtemps ça. Ça fait peut-être 2-3 semaines. Donc j'ai vu il m'a montré les taches... M'fin les lésions cutanées qu'elle avait donc j'ai vu que c'était en fait... Au départ je pensais que c'était euuh, comment dirais-je, une mycose et puis après quand j'ai bien regardé c'était un eczéma surinfecté. [...] la téléconsultation, c'est pour moi, je l'ai dit tout à l'heure, ce n'est qu'un outil qui permet ou qui me permettrait de faire une surveillance à distance pour une pathologie que j'ai... Que je connais, confirmé, et ça s'arrête là hein ! Et donc ce n'est ni plus, ni moins. »

(5) Autolimitation et choix du médecin à téléconsulter

Les médecins ont exprimé une certaine forme de fierté à mettre des autolimites à la pratique de la téléconsultation. Ainsi, avoir le contrôle sur l'acceptation ou le refus de la téléconsultation et limiter le nombre de téléconsultation s'est avéré nécessaire pour certains pour permettre une utilisation sécuritaire de la téléconsultation.

E1 « Et écoute, moi finalement, tu sais, déjà quand c'était un enfant, moi, je ne peux pas faire de la téléconsultation, déjà ça... ça réduit le champ à Mayotte. Puisqu'il y a quand même pas mal

d'enfant ! [...] Non, non !! Je me suis dit dès le début : je ne le ferais pas ! Et sinon de toute façon au moindre doute je les fais venir ! »

E2 « Et là où je mets aussi une barrière pour être limité... C'est qu'euuh sur le même problème, je fais exceptionnellement 2 téléconsultations ! M'fin je fais rarement 2 téléconsultations. Sauf si vraiment je suis sûr à 300 pour cent. [...] Parce que à partir du moment où j'ai un doute... Je les fais venir, en fait ! »

E8 « C'est nous qui faisons la sélection. C'est moi qui la fais ! C'est moi qui vais dire "Oui-non". "Lui oui pour une téléconsulte. Lui non." Par exemple, on a le Docteur **** qui est venu s'associer à nous mais il est tombé malade. Vu qu'on est débordé et qu'on a ses patients, il a demandé à l'un de ses remplaçants de faire des téléconsultes. Donc il est en métropole et il téléconsulte. Bah je sais pertinemment bien le matin qui a certains patients qu'on ne peut pas lui mettre. En fait la consigne c'était de dire que tous les patients de **** qui veulent une téléconsulte, qui veulent voir un médecin vont chez ce médecin. Sauf que, moi, je suis la physiquement, je sais pourquoi les gens viennent et y a certains cas où je dis non c'est moi qui les vois. »

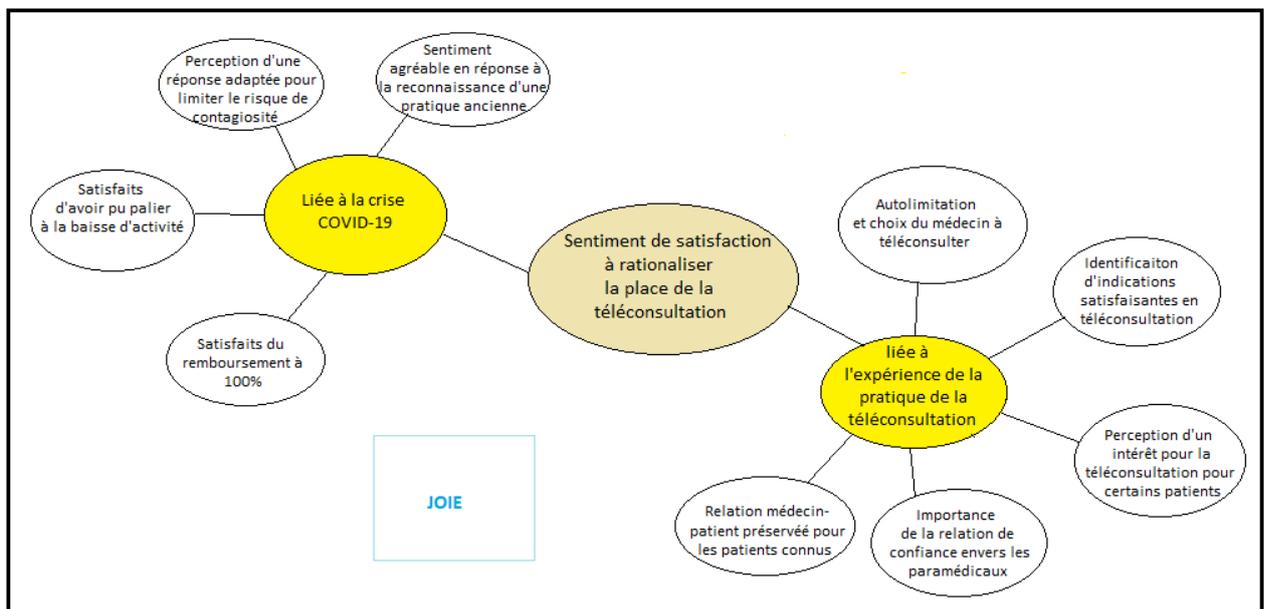


Figure 5 : Modélisation thème 4 : Sentiment de satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation

5. Résultats annexes

Les résultats présentés ici, même s'il ne figure pas directement dans la modélisation en tant que sous partie méritaient d'être rapportés pour mieux appréhender l'ensemble du vécu de l'utilisation de téléconsultation par les médecins généralistes de Mayotte.

a) Réduction de la vision globale

A travers le soulagement, le dégoût, et la fierté exprimés par les médecins généralistes nous avons perçu le ressenti d'une réduction de la vision globale. Cette problématique exprimée par quelques médecins ne figure pas dans la modélisation en tant que sous partie, du fait de sa transversalité, pour une raison d'intelligibilité, même si on la perçoit dans des extraits de verbatim.

E6 « La médecine c'est quand même une rencontre entre deux êtres humains. D'autant plus pour le généraliste ! Pour des médecins experts sans doute moins. Mais nous qui sommes des médecins généralistes où on doit voir son patient dans son ensemble... Le voir par un petit bout de lorgnette c'est quand même embêtant ! Donc' euuuh... Donc voilà ! »

E7 « Mais c'est quand même rassurant juste d'avoir un contact visuel, et de voir l'état général plutôt que la téléconsultation. [...] Mais c'est pour ça que la téléconsultation avec la tête des gens à travers la fenêtre : c'est pas mal (Rire général). Non c'était bien (avec le sourire). »

E9 « Donc'euh non, non, j'ai pas vu de grandes différences dans mes prescriptions. Je pense que même, j'étais plus précise, on va dire. Je m'éparpillais moins parce que justement vu qu'ils appelaient pour un motif... Alors que d'habitudes je peux m'éparpiller "Bah ouais vous avez fait un bilan depuis combien de temps, et des machins..." [...] Là c'est vrai que y a un peu de réduction sur le général quoi ! »

b) Déléguer l'examen clinique

L'utilisation de la mallette Telemedica durant la crise COVID-19 a permis également de faire émerger une nouvelle problématique, celle de déléguer l'examen clinique à un tiers. Cette problématique potentialisait les évaluations respectives de chacun des médecins par rapport au thème de la perception d'un changement irréversible de la pratique. Ainsi, ceux ayant développé un sentiment de contrôle paraissaient plus ouverts et très peu effrénés par le concept, et à l'inverse ceux ayant manifesté de la peur, de la colère, de la tristesse et du dégoût, ont réaffirmé

leur évaluation à propos de l'utilisation de la téléconsultation. Les extraits de verbatim suivants illustrent bien l'émergence de cette problématique.

E2 « Mon confrère durant la simulation m'a donné le cas le plus difficile c'est-à-dire : la douleur abdominale, qui m'embêtait, et en fait, la personne en face qui ne savait pas forcément l'utiliser, je lui disais " Bah écoute appuis à gauche, appuis à droite, fais-moi voir sa tête pour voir s'il est douloureux, euuuh... On a même utilisé la sonde échographique. [...] En fait, la personne en face de toi c'est comme tes yeux et tes mains, même pour la sonde échographique qui est très difficile à manier, il suffit... Quand tu lui donnes des explications simples et assez précises, et sans t'énerver, bah en enfaite ça marche ! [...] Voilà, le mec en fait quand il pose la sonde au niveau des côtes "Vas un peu plus à gauche, fait lui lever le bras, tu descends, bouges un peu ta sonde à gauche et à droite", et, on est arrivé quand même à faire des images. Je suis allé chercher les images que je voulais. Après, je suis pas échographe ! Mais, voilà, il y a 2-3 images que j'arrive... Dont j'ai besoin en échographie et j'ai réussi à les avoir avec quelqu'un qui n'avait jamais utilisé la sonde. »

E4 « Mais euuuh... Quand il faut palper euuuuuh... Un rachis, même si elle était kiné, là, c'est chaud quand même... "Mettez le pouce là ! Ouais là là ! Et appuyer fort"... Euh "Appuyer fort", moi je sais comment j'appuis fort mais je sais pas comment elle appuie fort... M'fin voilà ! [...] Mais je sais bien que... Dès que... M'fin on est vite en limite... voilà. Palper un ventre. "Euh j'ai mal au ventre". Bon il est comment ? il est souple, il est...[...] Euuuh nanh ! Nan, je veux dire moi... ça fait je sais pas combien d'année que je bosse euuuh je ferais pas le malin si j'étais entre la simple sensibilité et la défense qui commence quoi ! Euuuuuh, ouais ! Déjà avec une bonne grosse bouteille, c'est pas si simple donc alors là carrément délégué... "Vous palpez quoi ? C'est mou ouais bah d'accord. C'est mou ? c'est dure ?" (Sourire). [...] Si on peut éventuellement déclencher des douleurs. Ça c'est faisable, c'est-à-dire, ouais bon... Vous visiez le cadre colique et si vous appuyez bien la fosse iliaque gauche et que ça déclenche la douleur y a des chances quand même pour que ça soit une histoire colique... Mais bon... C'est même paaaas sûr à tous les coups mais enfin... »

E11 « Tu peux demander à quelqu'un, mais le type que t'as en face peut-être qu'il va pas reconnaître une défense ou peut qu'il va pas... Tu sais tu dis à la personne "relaxer vous", tu lui plis les jambes pour que l'abdomen soit un peu relâché pour que tu puisses l'examiner. Lui, il va pas faire, ça sera tendu, il va voir le ventre dure... Non, c'est compliqué. C'est

compliqué ! Toucher un ventre ça s'apprend pas une première fois. Tu vas pas demander à la famille de reconnaître si ça défend, si ça défend pas. »

c) Sentiment de désintérêt à l'égard du secret professionnel en téléconsultation

Ce sentiment n'est pas univoque mais est représentatif d'une tendance générale. En effet, un seul médecin à vraiment fait part de ses inquiétudes concernant cette problématique et cela venait parfaitement garnir le sentiment de menace de la profession. D'autres, ont rappelé la position particulière qu'occupe le respect du secret professionnel dans la réalisation des soins au quotidien, à Mayotte. En effet, la barrière de la langue et la forte activité, amènent parfois les patients eux-mêmes à réaliser le rôle d'interprète pour le compte d'autres patients. Certains, ont clairement exprimé le manque d'intérêt pour la question. Tout se passe, comme-ci les médecins généralistes exerçant à Mayotte étaient particulièrement disposés à travailler dans des situations de mise en péril du secret médical. L'illustration par les extraits de verbatim ci-dessous vient apporter un élément de réponse.

E1 « Je t'avoue nanh... Nan... Nannnh ça serait des personnes à risque, comme, euuuuh, je sais pas moi, le préfet, ou... Des personnes d'utilités publique, qui voudraient... Dont y faudrait préserver la vie privée... Je me poserai la question... En me disant peut-être que ça peut tomber... Mais alors franchement Monsieur tout le monde, nan, ça ne me pose pas de problème. »

E2 « Non mais là on est en pandémie, je pense qu'on est plus là-dedans quoi ! Je ne vois pas qu'elle est le danger si tu veux. Et en période de pandémie où c'est une catastrophe je pense qu'on peut... Et au mieux, je pense que la question elle ne se pose pas, tu vois ?! Moi j'envoie aussi des mails, si tu veux, c'est sur mon adresse perso ! Et c'est pas forcément sécurisé ou pas. Mais voilà, tu as une demande, une souffrance, tu peux pas rentrer dans des trucs de merde comme ça ! »

E5 « Comment ça ? je comprends pas ! Tu veux dire que ça pourrait être quelqu'un d'autre ? »

E6 « ça j'en ai aucune idée ! C'est pas à moi de m'en occuper. »

*E7 « Nous le secret professionnel il est bafoué tous les jours. Non mais nous le problème c'est que... Comme on a pas de traducteur, là, et que ***** est débordé je ne peux pas lui demander. Donc moi...*

Si y avait un enfant avec la personne, bah là, l'enfant traduit sinon je prends la personne d'après qui traduit. Voilà le secret professionnel n'existe plus. »

E8 « Je pense qu'au final il y a des infos qui doivent être stockées par notre société qui se trouvent en métropole. Je sais pas combien d'année. Je peux pas t'en dire plus. Je vais poser la question à l'informaticien. »

E9 « Mais bon globalement, ici, déjà les gens ils ont l'habitudes. Moi, c'est ma secrétaire qui traduit, des choses comme ça donc c'est vrai qui y a quand même déjà une habitude... Donc ça ne m'a pas inquiété on va dire. Ça m'a pas inquiété mais bon c'est vrai qu'il peut y avoir, j'imagine, des accidents sur l'identité de la personne. »

E11 « Non, non ! Alors oui je sais par rapport aux informations et tout... Mais Whatsapp c'est quand même crypté et puis ça été autorisé par le gouvernement... Euuuh... Après, moi, je suis plutôt quelqu'un de rationnel, j'euuuuh... P'fffou ! C'est quoi ? Ça serait intercepté par des pirates ? [...] Euuh non ça m'a pas posé de... Peut-être que c'est un tort, mais sur cette problématique de confidentialité des données, de sécurisation des données qui sont importantes effectivement... Euuuh, ouais je me suis pas penché, pour moi c'est crypté... Puis bah là on fait comme on peut... Non, non ça m'a vraiment posé aucun problème à ce niveau là... Je pense que je dois pas être le seul non ? »

IV. Discussion

A. Discussion des résultats de l'étude

1. Avant-propos

Du point de vue du chercheur il existe quatre points de repères pour comprendre le vécu des médecins généralistes de l'utilisation de la téléconsultation à Mayotte durant la première vague de la crise COVID-19.

Pour commencer les deux premiers peuvent se concevoir sous la forme de deux états d'esprit opposés qui s'affrontent sous la pression de la temporalité qu'est la crise COVID-19 : un état d'esprit de remplacement des pratiques habituelles de consultation, responsable d'une perception de changement irréversible de la pratique, qui s'exprime en grande partie par des émotions négatives, et un état d'esprit de rationalisation apportant satisfaction de l'utilisation de la téléconsultation, exprimé par des émotions positives.

Le troisième point de repère est représenté par le constat quasi univoque, révélé par la pression de l'environnement, d'une perception d'inadéquation entre la pratique de la téléconsultation et la réalité de la vie à Mayotte.

Et pour finir, un paradoxe à deux vitesses, mis en lumière par la temporalité, à court terme (expérience décevante de la mallette en médecine générale durant la crise COVID-19), et la pression de l'environnement (engouement pour la téléexpertise du fait du manque de spécialiste), à long terme.

Dans cette conception du vécu, il est important de comprendre que les médecins généralistes, sur le plan individuel, occupent, plus ou moins, chacune de ces positions conceptuelles mais avec une intensité variable.

Aussi, l'implication de ce modèle à travers une problématique telle que la relation médecin-patient, est que selon l'état d'esprit le vécu peut différer pour un même médecin et ceci est aussi valable pour l'ensemble des médecins. Ainsi, dans le sentiment de satisfaction à rationaliser la téléconsultation la relation médecin-patient paraissait bien conservé et ce peu importe l'outil utilisé pour les patients connus des médecins et était source de gratitude des patients envers le médecin, dans certaines situations (notamment le suivi). A l'inverse dans le sentiment de faire de la médecine au rabais la relation paraissait standardisée, déshumanisée et peu réjouissante.

Et, à l'extrême, sous le prisme, d'une perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte, la relation médecin-patient semble quasiment inexistante que cela soit du fait de la barrière de la langue ou du fait de la perception du désintérêt des patients pour la téléconsultation.

2. Discussion du contenu des résultats relatif à cette étude

a) Analyse des résultats thématiques ou principaux

La perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte, est intéressante dans le sens où à travers le vécu des médecins, les difficultés liées à la vie à Mayotte sont mises en avant et apparaissent comme autant de freins à l'utilisation de la téléconsultation. Ainsi, l'activité abondante est probablement le reflet du désert médical qu'est Mayotte et s'oppose naturellement à la pratique de la téléconsultation qui suppose, de fait, une distance géographique entre le médecin et son patient. Aussi, la barrière culturelle et linguistique, et la mauvaise couverture internet de l'île sont apparues comme un obstacle important à l'utilisation de la téléconsultation.

Dans le même temps, le sentiment d'ambivalence à l'égard du projet Telemedica, est né, d'une part, de son déploiement qui intervient en réponse à l'état d'urgence sanitaire pour essayer d'endiguer la crise COVID-19, à l'origine d'une expérience négative pour les médecins généralistes de l'utilisation de la mallette, et d'autre part, d'un désir profond d'avoir accès à des avis spécialisés en lien direct avec l'offre de soin à Mayotte. Donc, la nécessité de médecins spécialistes a joué un rôle primordial dans le désir réitéré de développer la téléexpertise sur l'île même si cela peut paraître paradoxal en confrontation avec l'expérience décevante de l'utilisation de la mallette, d'un point de vue ergonomique.

Ainsi, la perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte et l'engouement partagé pour la téléexpertise soulignent parfaitement, les carences et les besoins de l'offre de soin à Mayotte.

D'autre part, la perception d'un changement irréversible de la pratique, du fait de la situation liée à la crise COVID-19, a fortement influencé la vision négative de la téléconsultation. En effet, cela a mis un bon nombre de participants dans une ambiance générale de changement profond ou, autrement dit, d'un état d'esprit de remplacement de la pratique, source de peur, de colère et de tristesse pour ceux n'ayant pas eu les capacités de maîtrise, et dont les implications, et la signification normative de l'utilisation de la téléconsultation s'éloignaient trop de leurs

buts et intérêts. Et, à l'inverse, le peu de médecins ayant fait preuve d'adaptabilité, en éprouvant de la fierté à manipuler l'outil avec aisance, ont de fait reconnu dans l'événement un enjeu significatif pour la poursuite de la profession allant ainsi dans le sens de la perception d'un changement irréversible de la pratique.

De plus, même s'il est tentant de faire le parallèle entre des compétences antérieures en régulation médicale et l'influence sur le vécu positifs des participants cela n'a pu être vérifié. En effet, sur deux médecins ayant pratiqué dans un service d'urgence, les actions à l'origine du sentiment de fierté différaient (procédure ou cadre de téléconsultation Vs système de régulation). Pire encore, l'un de ces médecins, ne projette pas d'avenir en téléconsultation. Aussi, un troisième médecin, sans compétence particulière en régulation, a éprouvé de la fierté qui semblait davantage en lien avec la surprise de maîtriser des compétences insoupçonnées en réponse à l'appréhension initiale relative à la pratique de la téléconsultation.

En opposition à cette vision, d'un changement irréversible de la pratique, qui pourrait être décrite d'irrationnelle, notamment par la peur qu'elle engendre, la satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation, du fait de la crise COVID-19, mais plus généralement l'expérience de la téléconsultation met en lumière un champ futur d'utilisation de la téléconsultation.

b) Analyse des points d'interactions

La perception du désintérêt des patients pour la téléconsultation, est peut-être le reflet d'un biais géographique puisque les médecins ayant évoqué un rejet indiscutable de la téléconsultation exercent dans le même secteur géographique (Région Nord-Est), là où est recensé la plus forte densité d'étrangers, selon un rapport de l'INSEE (32), en 2019 . Cette perception a une double conséquence puisqu'elle augmente le sentiment de faire de la médecine au rabais tout en renforçant la perception que la téléconsultation n'est pas adaptée pour Mayotte. Aussi, nous prenons également mesure de l'importance de la prise en compte de la perception du vécu du patient dans l'évaluation que font les médecins de la téléconsultation, et donc du vécu des médecins. Et, toujours dans le sens de l'importance de la perception du vécu du patient dans l'évaluation que font les médecins de la téléconsultation, nous avons pu vérifier l'effet potentialisateur positif lorsqu'on a évoqué le sentiment de satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation.

D'autre part, les problèmes de connectivité ont joués un rôle important dans la perception d'inadéquation de la téléconsultation sur le territoire, puisque certains médecins ont été forcés d'utiliser le téléphone sans les applications de communication venant ainsi diminuer l'interaction avec le patient, et en conséquence à l'origine d'un certain regret. De plus, la mallette Telemedica étant fortement dépendante de la qualité du wifi, cela a eu un impact non négligeable sur la frustration ressentie par les médecins en l'utilisant.

La nécessité d'établir un cadre de recommandation de bonne pratique à l'utilisation de la téléconsultation semble indispensable pour poursuivre la téléconsultation. Ainsi à travers, les autolimitations, les procédures de téléconsultation et la fierté suscitée par la préservation du choix au médecin de l'acceptation ou du refus à téléconsulter, et en miroir, la colère et la nervosité engendrées par l'absence d'encadrement, nous avons senti ce besoin des médecins d'établir un cadre. L'idée de cadre semble englober, des indications de consultation précises tels que le suivi (suivi de pathologie aiguë et chronique connue, renouvellement d'ordonnance, lecture de résultats), les motifs de consultations dermatologiques, et des motifs d'ordre administratifs (les déclarations d'accident de travail) sur des patients connus du médecin réalisant la téléconsultation. En effet, bon nombre de médecins ont évoqué le fait que la qualité de la relation médecin-malade était bien préservée, indépendamment de l'outil utilisé, pour les patients connus du médecin.

c) Analyse des résultats annexes

Le chercheur dans son souci de réaliser une conceptualisation la plus globalisante possible a dû faire des choix en délaissant certaines problématiques avec la perspective, toujours, de ne pas entraver l'intelligibilité des résultats.

(1) La problématique du secret médical

La problématique du sentiment de désintérêt à l'égard du secret médical en téléconsultation, n'a pas été représentée dans la modélisation générale, parce qu'elle a été interprétée comme relevant d'un problème superficiel ou tout du moins très secondaires pour la plupart des médecins à Mayotte. C'est peut-être là aussi le reflet, indirect, des difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux, dans leur exercice professionnel, à Mayotte. De plus, pour des raisons déontologiques et éthiques, le chercheur a préféré traiter ce résultat de manière

annexe, en laissant le bénéfice du doute quant à la qualité de son interprétation, tout en sachant qu'il est très discutable, à juste titre, de ne pas l'avoir intégré comme cinquième thème.

(2) La problématique de la réduction de la vision globale en téléconsultation

A travers le soulagement, le dégoût, et la fierté exprimés par les médecins généralistes nous avons perçu le ressenti d'une réduction de la vision globale qui s'intègre parfaitement dans la perception d'un changement irréversible de la pratique par l'intermédiaire respectivement du sentiment de menace, du sentiment de faire de la médecine au rabais et du sentiment de fierté. Nous comprenons aisément la difficulté à représenter une telle problématique dans la modélisation proposée cependant nous constatons qu'elle la vérifie parfaitement.

(3) L'émergence d'une nouvelle problématique : déléguer l'examen clinique

Cette problématique est intéressante pour au moins deux raisons. D'abord, elle permet de vérifier la cohérence des intervenants dans leur référentiel d'évaluations tout en disqualifiant l'apport de la technologie pour surmonter les difficultés liées à l'absence d'examen clinique. Aussi, l'émergence de cette nouvelle problématique est en adéquation parfaite avec la nécessité d'établir un cadre. Pour finir, nous pouvons également souligner que cette problématique est en accord avec la modélisation générale du vécu et qu'elle peut être considérée comme parfaitement symétrique. Ainsi, le chercheur n'a pas souhaité alourdir la conceptualisation globale du vécu et a choisi de ne pas la représenter.

3. Les forces de l'étude

La principale force de cette étude réside dans son originalité et son champ de recherche particulièrement peu étudié et non exploré dans l'Océan Indien. La phénoménologie, en mettant l'accent sur l'expérience des participants, par l'étude du vécu paraît être la méthode la mieux adaptée pour explorer le vécu des médecins généraliste de l'utilisation de la téléconsultation à Mayotte durant la crise COVID-19.

L'une des forces de cette étude réside, aussi, dans la constitution de l'échantillon puisqu'il a été porté jusqu'à exhaustivité de la population cible. En effet, un seul médecin, après avoir accepté initialement l'entretien, a refusé de participer du fait de l'enregistrement malgré l'assurance apportée de l'anonymisation des données. Un autre médecin, répondant aux critères d'inclusion

a été exclu du fait de son lien avec le chercheur puisqu'il avait été informé de la question de recherche et était au courant des avancées du chercheur dans l'élaboration de ce travail.

La réalisation d'un canevas d'entretien standardisé, par rapport aux données de la littérature d'une part, mais aussi avec le retour d'expérience des différents chercheurs après les premiers essais puis lors des premiers entretiens et des discussions avec les directeurs de thèse, augmente la validité externe de l'étude.

La triangulation, croisée des différents codages ouverts, avec les co-chercheurs entre eux et la synthèse de cette étape avec les co-directeurs a pu limiter les biais d'interprétation relatifs à ce type de méthodologie.

Le report régulier, mais non strict, aux critères *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ) (33), tout au long de l'élaboration de ce travail, est un élément important à prendre en compte dans la validation interne de ce travail.

Et pour finir, le choix pris, par les deux directeurs de thèse, de réaliser une étude en collaboration avec quatre autres chercheurs a permis d'augmenter la validité externe des résultats.

4. Les limites de l'étude

a) Les limites liées à la méthodologie

La recherche qualitative, subjective par essence, peut être influencée par les *a priori* de l'investigateur pour la question de recherche. Nous avons essayé de limiter ce biais par le maintien d'un journal de bord (Annexe 6), lieu de recueil des différentes hypothèses, impressions et aprioris pour tenter de rester le plus neutre possible lors de l'élaboration des résultats.

Il est possible aussi que les différentes impressions partagées par les différents chercheurs lors des réunions aient orienté l'analyse des résultats vers un sens commun ou à l'inverse une différence prononcée, de manière inconsciente.

De plus, chaque verbatim retranscrit a été envoyé au médecin concerné pour une relecture et obtenir l'accord implicite de l'exactitude des propos tenus. Cependant cinq médecins sur douze, initialement, n'ont pas répondu à la demande. Pire, l'un des médecins a demandé la suppression

de la retranscription, et proposé un nouvel entretien qui a été refusé du fait du biais évident de désidérabilité sociale et la différence de temporalité par rapport au reste du corpus.

Il faut aussi insister sur le biais interprétatif lié à la méthode de codage. En effet, les résultats des performances humaines pour la reconnaissance des émotions dans la voix sont relativement moyens, avec des taux globaux entre 55 et 65%, et fortement dépendant du type d'émotions. En effet, les meilleurs résultats sont obtenus pour la détection de la colère et de la tristesse (70 à 80 % contre 60 % pour la peur et la joie) (34). Ainsi nos résultats, reposant sur une interprétation humaine des émotions, ont pu être impactés par les performances imparfaites dans la reconnaissance des émotions, expliquant alors, peut-être la prédominance d'émotions négative dans la conceptualisation générale du vécu.

b) Les limites liées aux chercheurs

(1) Position du chercheur

Le chercheur était novice en recherche qualitative et notamment en phénoménologie. De ce fait, il existe forcément un biais d'investigation durant le recueil du matériel, puisqu'il n'était pas formé à la réalisation d'entretien semi-dirigé même si en tant que médecin il a pu développer une certaine capacité d'écoute empathique. Pour limiter au maximum ce biais les directeurs de thèses avaient proposé une formation et recommandé la lecture de l'ouvrage intitulé : L'entretien compréhensif, 4^{ième} édition, de Jean-Claude Kaufmann.

Aussi, l'enchaînement rapide des entretiens sur une durée inférieure à un mois, pour une question de logistique propre au chercheur, a probablement impacté la qualité du matériel puisque la retranscription et le codage ouvert des entretiens n'ont pas toujours pu être réalisés avant la réalisation d'un nouvel entretien.

(2) Les choix du chercheur

En considérant, de ne pas représenter certaines problématiques exprimées sur le ton de l'indifférence, de fait le chercheur s'expose à un biais interprétatif, cependant, plus que l'indifférence, c'est la position passive des intervenants qui poussent le chercheur à extraire ce vécu de leurs réalités. Aussi, le caractère déontologique que sous-tend certaines sous-problématiques, malgré l'anonymisation des données, a parfois orienté le chercheur dans ses choix.

5. Confrontation des résultats avec les quatre autres chercheurs

Malgré les différences socio-démographiques, culturelles, et les différences liées à l'offre de soin entre Mayotte et La Réunion une grande partie des résultats présentés par les quatre autres chercheurs étaient similaires à bien des niveaux. De plus, même si la présentation des résultats diffère d'un chercheur à l'autre le langage commun du fait des échanges tout au long des étapes de l'analyse et notamment du codage ouvert, permettent d'avantage la comparaison de ces résultats.

a) Points communs avec les résultats des 4 autres chercheurs à La Réunion (35–37)

La téléconsultation a été génératrice de satisfaction dans l'action de maintien d'une continuité des soins en réponse à l'épidémie, aussi, elle a été associée positivement à une limitation du risque de contagiosité. La satisfaction liée aux mesures de remboursement à 100% de l'Assurance maladie et la reconnaissance d'une pratique ancienne étaient présentes chez les médecins à La Réunion. L'activité de suivi des patients a été également appréciée en téléconsultation.

La mise en place de la téléconsultation, installée dans l'urgence, a aussi été une source de colère, avec un sentiment d'être peu écouté. De plus, l'absence d'examen clinique a alimenté une crainte de l'erreur médicale et donc suscité de la peur comme chez les médecins mahorais. Aussi, certains médecins ayant fait preuve de plus d'adaptabilité ont exprimé une certaine fierté à maîtriser l'outil.

La frustration liée à l'augmentation du temps administratif, aux problèmes techniques et à la pertinence du déploiement de la téléconsultation était aussi retrouvée chez certains médecins Réunionnais.

Les confrères de La Réunion, exprimaient aussi un sentiment de dégoût pour la téléconsultation du fait du manque de vision globale, pour la prise en charge des patients en téléconsultation, un peu à contre-courant de la profession.

b) Principales différences retrouvées avec les résultats des 4 autres chercheurs à La Réunion

Les principales différences retrouvées relatives aux résultats de la recherche effectuée à Mayotte, par rapport à La Réunion provenaient du thème évoquant la perception d'une inadéquation avec la réalité de Mayotte, et cela est d'autant plus vrai pour la barrière socio-culturelle et linguistique et l'activité abondante en présentiel lié à la situation de désert médical. En effet, certains médecin Réunionnais ont également rencontré des difficultés techniques à l'utilisation de la téléconsultation.

Aussi, le projet des malles Telemedica n'étant pas développé à La Réunion, le vécu spécifique à cet outil n'est pas comparable.

De plus, l'absence d'intérêt prononcé pour le respect du secret médical à Mayotte est une différence notable par rapport au vécu des médecins de la Réunion.

Il est à noter également, que certains médecins de La Réunion ont apprécié le côté intimiste de la vidéo pour mieux appréhender le patient dans son environnement.

Pour finir, des médecins du sud de La Réunion étaient indignés par la familiarisation de la relation médecin-patient que pouvait engendrer la téléconsultation (35). Cet élément du vécu n'était pas rapporté à Mayotte.

6. Comparaisons avec les résultats de la littérature

Depuis, le lancement de notre étude, d'autres travaux ont été réalisés pour explorer le vécu des médecins généralistes de l'utilisation de la téléconsultation durant la crise COVID-19, permettant de comparer nos résultats. Nous en avons retenu deux principalement, l'un pour sa temporalité, l'autre pour son environnement, plus proche de notre étude, et sa temporalité étendue qui permet peut-être d'appréhender plus facilement le contexte épidémique de notre étude, où l'épidémie a peu sévi lors de la réalisation des entretiens.

Notamment, une étude états-unienne qualitative explorant le vécu des médecins généralistes à l'utilisation de la téléconsultation parue dans le *Journal of the American Board of Family Medecin* (38), retient notre attention parce qu'elle a été réalisée dans la même temporalité que notre étude. L'objectif différait un peu puisque même si c'est la perception des médecins généraliste qui était recherchée, ils ont axé leur recherche sur l'interaction médecin-patient. Le

groupe de participants était similaire à notre échantillon par rapport à leur inexpérience en téléconsultation mais différait sur la taille avec quinze médecins dont quatre médecins en formation. Les principaux résultats décrits, mettaient l'accent sur la facilité d'accès aux soins en émettant une réserve par rapport à l'exclusion de certains patients (patients vulnérables et incapables d'utiliser les outils techniques ou absence de matériel). Ils rapportaient également des difficultés liées à l'absence d'examen clinique qui constitue un frein pour poser un diagnostic et prescrire un traitement. Eux aussi, ont rencontré des difficultés liées à des connexions insuffisantes au domicile des patients. Ils se sont sentis plus à l'aise pour décliner des téléconsultations quand le motif de consultation ne paraissait pas approprié pour cette pratique. Aussi, leur expérience se démarquait par la forte augmentation de leur activité et les craintes quant au risque de burn-out. De plus, ils ont remarqué que voir le patient dans son environnement quotidien et le contact avec sa famille renforçaient la qualité des soins.

Dans une thèse qualitative publiée en février 2021 en région PACA (39) les chercheurs ont étudié le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie de la crise COVID, à travers les perceptions de 18 médecins, concernant leur expérience de la pratique de la téléconsultation. Cette étude, se différencie de la nôtre par sa temporalité qui s'étend d'août 2020 à janvier 2021. Les médecins eux aussi ont identifié la mise en place de la téléconsultation comme imprévue et dans l'urgence. Tout en reconnaissant un intérêt pour faciliter l'accès au soin et pour le maintien d'une continuité des soins, du fait de la crise, ils déplorent des limites à son utilisation en rapport à l'absence d'examen clinique, l'augmentation du risque d'erreur, les problèmes techniques et la moins bonne gestion du langage non verbal. Aussi, tous les médecins étaient convaincus de la pérennisation de la téléconsultation, dans un certain cadre, pour l'avenir et ne voyaient pas en elle une solution à la désertification de l'offre de soin. Pire certains craignaient une dérive de la pratique et des demandes irraisonnées de téléconsultation de la part des patients.

De plus, un rapport de la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES) paru en septembre 2020 (40), a évalué le retour d'expérience de médecins généralistes, participant au quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, sur la pratique de la téléconsultation de mai à juin 2020. Ce rapport a confirmé l'utilisation par un grand nombre de médecins de téléconsultation peu expérimentés en téléconsultation (moins 5% en avaient déjà fait). Pour la moitié des médecins interrogés, l'examen clinique en présentiel reste quasiment indispensable. Aussi, une partie des

médecins (moins de la moitié) ont souvent ou systématiquement rencontré des problèmes techniques. Ils avaient pour finir un avis partagé sur leur degré de compliance pour cette pratique. En effet, 25% des participants étaient tout à fait satisfaits ou très satisfaits de son utilisation tandis que le reste des médecins étaient beaucoup plus mitigés. Finalement, c'était dans les départements les plus touchés par l'épidémie que l'utilisation de la téléconsultation était la plus importante et la satisfaction des médecins la plus grande.

7. Les implications futures

Nous avons évoqué précédemment l'influence de la perception de l'intérêt des patients à l'égard de la téléconsultation dans le vécu de la téléconsultation par les médecins généralistes. Il serait donc utile de confronter les résultats avec le vécu des patients pour permettre une utilisation plus axée sur les besoins et les attentes, en téléconsultation, des médecins et des patients.

Par la satisfaction éprouvée à rationaliser l'utilisation de la téléconsultation et la nécessité avérée d'établir un cadre, nous avons probablement une voie tracée pour améliorer les conditions de téléconsultation. Ainsi, il paraît évident qu'il faudrait à l'avenir recentrer les indications de téléconsultations en lien avec le vécu comparé des médecins et patients, pour établir un champ précis d'utilisation. Dans cette optique il serait intéressant d'étudier le vécu de la téléconsultation à partir d'un cadre précis s'inspirant du vécu positif des médecins et des patients à l'utilisation de la téléconsultation.

De plus, il serait intéressant d'évaluer le vécu de l'utilisation des mallettes Telemedica dans la pratique de la téléexpertise des médecins généralistes de Mayotte pour donner une valence phénoménale aux projections très enthousiastes liées au développement de la téléexpertise et préciser ainsi sa place dans l'offre de soins.

V. Conclusion

La crise COVID-19 a permis d'augmenter considérablement la pratique de la téléconsultation par les médecins généralistes. Cependant, elle a probablement impacté négativement le vécu de cette pratique par la perception d'un changement irréversible dans la profession, en générant un sentiment de menace et un sentiment de faire de la médecine au rabais.

D'autre part, du fait des particularités de l'île de Mayotte liées à l'offre de soins et les caractéristiques démographiques, les médecins généralistes ont perçu un manque de congruence

entre l'utilisation de la téléconsultation et les spécificités de Mayotte, agissant comme un véritable frein à son développement, notamment à travers la barrière de la langue et les difficultés liées à la connectivité, pour ne citer qu'eux.

Malgré, cette première approche négative du vécu, les médecins généralistes de Mayotte ont su trouver de la satisfaction en rationalisant la place de la téléconsultation dessinant peut-être les contours d'un cadre pour une éventuelle utilisation future.

Enfin, la crise COVID-19, a pu rendre possible le déploiement du projet Telemedica (projet de téléexpertise pour les médecins généralistes libéraux), antérieur à la crise, révélant un sentiment ambivalent, des médecins généralistes, à son égard, en rejetant son utilisation en médecine générale mais en réaffirmant avec enthousiasme leur souhait de l'utiliser pour la téléexpertise.

VI. Références bibliographiques

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 juill 21, 2009.
2. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine [Internet]. 2010-1229, JORF n°0245 du 21 octobre 2010 oct 19, 2010. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
3. Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie | Legifrance [Internet]. JORF n°0197 du 28 août 2018. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2018/7/10/SSAU1823266S/jo/texte/fr>
4. OMS | Nouveau coronavirus – Chine [Internet]. WHO. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur:
<http://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/fr/>
5. Infection au nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, France et Monde [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde#block-242818>
6. Covid-19 : Évolution du nombre de cas et décès [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur:
https://interactive.afp.com/graphics/Covid-19-Evolution-du-nombre-de-cas-et-deces_601
7. LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 | Legifrance [Internet]. JORF n°0072 du 24 mars 2020. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2020/3/23/PRMX2007883L/jo/texte>
8. Philippe E Premier ministre, Véran O Ministre des solidarités et de la santé, Darmanin G Ministre de l'action et des comptes publics. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19 [Internet]. 2020-227 mars 9, 2020. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041704122&categorieLien=id>
9. Philippe E Premier ministre, Véran O Ministre des solidarités et de la santé, Darmanin G Ministre de l'action et des comptes publics. Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus [Internet]. Décret n° 2020-277 mars 20, 2020. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/3/19/SSAS2007770D/jo/texte>
10. Véran O Ministre des solidarités et de la santé. Communiqué de presse : COVID-19 : Le ministre des solidarités et de la santé autorise la téléconsultation par téléphone, pour les patients dépourvus de moyens de connexion en vidéo [Internet]. 2020. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200404-cp_teleconsultation_par_telephone_.pdf

11. ameli.fr - Croissance record du recours à la téléconsultation en mars [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/3881.php>
12. Coronavirus COVID : L'épidémie s'intensifie à Mayotte [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.mayotte.ars.sante.fr/coronavirus-covid-lepidemie-sintensifie-mayotte>
13. 250 téléconsultations médicales avec examen clinique réalisées en trois semaines à Mayotte [Internet]. Mayotte Hebdo. 2020 [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.mayottehebdo.com/actualite/sante/250-teleconsultations-medicales-avec-examen-clinique-realisees-en-trois-semaines-a-mayotte/>
14. Insee Analyse. Evolution des conditions de logement à Mayotte [Internet]. 2019 Aout. Report No.: 18. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/106385/1/IA_MAY_18.pdf
15. Toulon J Défenseur des droits. Rapport - Etablir Mayotte dans ses droits [Internet]. 2020 févr. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2020/02/rapport-etablir-mayotte-dans-ses-droits>
16. Accès aux soins à La Réunion - 84 000 Réunionnais à plus de 30 minutes des urgences - Insee Analyses Réunion - 19 [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2422206>
17. Stanislas M. La téléconsultation : l'avis des médecins généralistes dans les Alpes Maritimes [Internet] [Thèse]. [Nice]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/168024276>
18. Lombardo F. La télémédecine en médecine générale : évaluation du point de vue et du ressenti des médecins généralistes [Internet] [Thèse]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/170040038>
19. Durupt M. La télémédecine en Meuse et dans le Sud-Toulois : perceptions et attentes des médecins généralistes [Internet] [Thèse en ligne]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2016. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932432>
20. Carré E. Télémédecine: représentations et expériences des médecins généralistes : Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Internet] [Thèse]. [Montpellier]: Université de Montpellier 1; 2013. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/172334616>
21. Randhawa RS, Chandan JS, Thomas T, Singh S. An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e5.
22. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V, McNeilly H, Bikker A, Robbins L, et al. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* sept 2019;69(686):e586-94.
23. Thiyagarajan A, Grant C, Griffiths F, Atherton H. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open.* 3 avr 2020;

24. Durif L, Maigner S. Critique de la téléconsultation en médecine générale à travers l'exemple de la pratique en milieu maritime [Internet] [thèse en ligne]. [Marseille]: Faculté de médecine de Marseille; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086270/document>
25. Haller C. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences [Internet] [Thèse en ligne]. [Bordeaux]: UFR sciences médicales de Bordeaux; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878226/document>
26. Ntebutse J-G, Croyere N. Interest and value of the phenomenological narrative : a discovery of logic and rigor. *Rech Soins Infirm.* 19 avr 2016;124(1):28-38.
27. Turchet P. Le langage universel du corps: comprendre l'être humain à travers la gestuelle. Les éd. de l'Homme; 2009. 361 p.
28. Palama A, Theurel A, Gentaz E. Le développement des émotions primaires durant l'enfance. 2017;7.
29. Tcherkassof A, Frijda NH. Les émotions : une conception relationnelle. *L'Année Psychol.* 2014;114(3):501-35.
30. Lanctôt N. L'évaluation de l'aspect séquentiel de la théorie des appraisals des émotions. *aout* 2006;59.
31. Mermillod M, Silvert L, Devaux D, Vermeulen N, Niedenthal P. Chapitre 9. Les émotions. In: Denis M, éditeur. *La psychologie cognitive* [Internet]. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2019 [cité 14 nov 2021]. p. 279-309. (Cogniprisme). Disponible sur: <http://books.openedition.org/editionsmsmh/14826>
32. À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère - Insee Première - 1737 [Internet]. [cité 13 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3713016>
33. Michel Gedda. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative - *ScienceDirect.* 2015;15:157.
34. Vidrascu L. Analyse et détection des émotions verbales dans les interactions orales. :204.
35. DANJOU J. Vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de COVID-19. [Région Sud de l'île de la Réunion]: Université santé de la Réunion; 2021.
36. HASSIMALY D. Vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de COVID-19. [Région Nord de la l'île de la Reunion];
37. LAYATI I. Vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de COVID-19. [Région Ouest de la l'île de la Réunion];
38. Gomez T, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *J Am Board Fam Med.* 1 févr 2021;34(Supplement):S61-70.
39. Rausas FPD. Le rapport à la téléconsultation des médecins généralistes depuis le début de la pandémie COVID-19 en région PACA. 24 févr 2021;192.

40. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/trois-medecins-generalistes-sur-quatre-ont-mis-en-place-la>

VII. Annexes

A. Courriel de contact

Bonjour,

Interne en médecine générale, j'effectue actuellement mon 5^{ème} semestre à Mayotte.

Dans le cadre d'un travail collaboratif mené par plusieurs internes en médecine à la Réunion, je réalise une thèse dont le thème est la **téléconsultation**.

Pour cela, il me faut réaliser des entretiens de médecin généralistes, installés, pratiquant ou ayant pratiqué la téléconsultation, à Mayotte, durant la crise COVID 19.

Cela consistera en un entretien mené par moi-même, d'une trentaine de minutes. Cet entretien sera enregistré avec votre accord, puis retranscrit. La retranscription vous sera adressée pour relecture afin de confirmer la conformité des propos puis anonymisée pour être analysée.

Les entretiens en face à face sont privilégiés. Cependant selon vos souhaits et dans le cadre de l'état d'urgence actuel, un entretien par visioconférence peut être organisé.

Cette étude n'étant possible que par la participation de l'ensemble des médecins généralistes, votre aide nous est précieuse afin de pouvoir réaliser ce travail. De plus, le temps presse puisque mon départ de Mayotte est programmé pour le 15 juin 2020.

En espérant une réponse positive de votre part,

Cordialement,

Raphael Biscotti, interne de médecine générale

B. Questionnaire socio-démographique

QUESTIONNAIRE

1. Âge

- < 30 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- > 60 ans

2. Genre

- Masculin
- Féminin

3. Année d'installation

→

4. Type d'exercice

- Urbain
- Rural

5. Type d'activité

- Exercice solitaire
- Cabinet de groupe

6. Pourcentage de téléconsultations durant la crise COVID-19

- < 25%
- 25-50%
- 50-75 %
- > 75%

7. Pratique de la consultation avant la crise COVID-19

- Oui
- Non

8. Outils de téléconsultation disponibles au cabinet avant la crise COVID-19

→

C. Canevas d'entretien initial

1/ INTRODUCTION :

- **Présentation et remerciement**
- **Présentation** du thème de la thèse sans évoquer la question de recherche
⇒ la téléconsultation
- **Information** : l'entretien sera enregistré puis retranscrit et enfin analysé.
Bien sûr, l'ensemble des données sera anonymisé.
- +/- **Feuille de consentement** (si non envoyée par mail)

2/ DÉFINITION DE LA TÉLÉCONSULTATION :

La téléconsultation est un outil permettant à un médecin de donner une consultation à distance. Suite à la crise COVID-19, de nombreuses interfaces sont utilisables (application "grand public") et la téléconsultation téléphonique seule est utilisable dans certains cas.

3/ ENTRETIEN :

- **Pouvez-vous me raconter votre expérience de la téléconsultation ?**
Relance :
- **Outil utilisé** (vécu, satisfaction/limite), **formation, informations** (cadre, motif)
- **Difficultés éprouvées**
- **Vidéo** (vécu, raison de la non-utilisation)
- **En tant que médecin, comment vivez-vous l'absence d'examen clinique et/ou de prise de paramètres ?**
Relance :
- **Comment gérez-vous le risque d'erreur médicale ?** (modification ?)
- **Cela a-t-il changé vos pratiques ?** Dites moi plus ...
- **Comment avez vous vécu la relation médecin-patient en téléconsultation ?**
Relance :
- **Change-t-elle votre attitude/vos habitudes ?**
- **Que pensez-vous des interfaces de téléconsultation et du respect du secret médical ?**
- **Comment vivez-vous la réorganisation de votre cabinet/temps de travail ?**
Relance :
- **Gain/perte de temps** (vécu, impact)
- **Gestion des téléconsultations : plages horaires, etc** (vécu)
- **Que pensez-vous du codage et de la facturation ?** (avant et pendant)
- **Au final, comment avez-vous vécu/qu'avez vous pensé de la téléconsultation ?**
Relance :
- **Quelles étaient vos craintes ? Avez-vous des satisfactions ?**
- **Pensez-vous poursuivre la téléconsultation après la crise COVID-19 ?**
- **Comment cela changera votre pratique future ?**
- **Avez-vous quelque chose à rajouter ?**

4/ CONCLUSION :

- **Remerciement**
- **Questionnaire sociodémographique** (si non envoyé par mail)

D. Canevas d'entretien final

Introduction :

Tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à notre travail de thèse sur la téléconsultation pendant l'épidémie de COVID 19. Cet entretien sera enregistré intégralement par un téléphone/dictaphone mais il est possible que je prenne quelques notes également si vous n'y voyez pas d'inconvénients. Ces données seront ensuite analysées tout en préservant votre anonymat.

- **Pouvez-vous me raconter votre expérience de la téléconsultation ?**
- **Comment avez-vous vécu la mise en place de la téléconsultation ?**
- **Pouvez-vous me raconter votre dernière téléconsultation ?**

Comment avez-vous géré cette téléconsultation ? Comment vous êtes-vous senti pendant cette téléconsultation ? Cela a-t-il modifié vos a priori sur la téléconsultation ?

- **Comment êtes-vous organisé ?**

Plages de TCG dédiées (au domicile personnel ou cabinet) /Intégration TCG parmi GS habituelles ? Comment abordez-vous les nouveaux patients par rapports aux habitués ?

- **Comment avez-vous choisi votre outil de TCG ? Formation ?**

Qu'en pensez-vous ? Matériel, praticité, latence ? Secret médical ?

- **Que pensez-vous de l'absence d'examen clinique ?**

Comment gérez-vous l'appréhension de l'erreur médicale ? Différence par rapport à consultation classique

- **Que pensez-vous du codage et de la facturation des téléconsultations ?**
- **La téléconsultation change-t-elle votre vision de la relation médecin/patient ? Dans quel sens ?**

Quelle attitude adoptez-vous ? Changement dans votre pratique, vos habitudes ? Apport de la vidéo/effet miroir

- **Allez-vous proposer la téléconsultation à vos patients après cette épidémie de COVID 19 ?**

Pourquoi ? Avantages/inconvénients ? Suggestions ?

- **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Conclusion : Je vous remercie encore de votre participation à notre étude et je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats si vous le désirez.

E. Extrait du journal de bord

Recueil du matériel

J'ai pu me rendre compte qu'il était très difficile de suivre un guide d'entretien car la réponse à une question pouvait englober des réponses à d'autres questions. Aussi je voulais que les entretiens semblent le plus naturelle possible ce qui parfois fait perdre le fil.

Lors de mon premier entretien je suis tombé sur un intervenant qui monopolisait la conversation si bien qu'au bout d'une heure je n'avais pu aborder qu'une partie des thèmes. En plus de cela la forme de l'entretien n'avait pas été respectée puisqu'il y avait d'autres personnes dans la pièce pendant que nous faisons l'entretien.

Le deuxième entretien, plus conventionnel, avec un intervenant moins communicant m'a permis de me rendre compte de la difficulté à extraire du vécu lors d'un entretien. Régulièrement, j'ai oublié de poser une question du canevas lors des premiers entretiens par manque de familiarisation et pour ne pas ne pas faire de répétition.

Les entretiens se sont répétés fréquemment du fait de mon départ programmé de Mayotte. Je n'avais qu'un mois pour réaliser tous les entretiens et je n'ai donc pas pu réaliser une retranscription avec codage initial de chaque entretien avant le suivant.

A la fin du recueil, j'ai effectué des lectures répétées des entretiens. J'ai été au premier abord fasciné par la densité du matériel recueilli. Je me suis senti même privilégié de posséder une telle « mine d'or » d'information.

Lors de cette étape, j'ai été séduit par des vécus très singuliers qui n'avait été partagés par aucun des autres médecins et que je voulais absolument exprimer dans mes résultats parce qu'ils m'avaient surpris. J'ai compris que le danger, pour moi alors, était de donner plus de crédit à des expériences isolées et non représentatives des autres intervenant et de sous considérer des évaluations en accord avec mes a priori et propres évaluations de la téléconsultation simplement du fait qu'elles ne paraissaient pas originales. Intuitivement on aurait pu s'imaginer que le principal danger serait venu de mes propres a priori que j'aurais voulu valider. J'ai été très surpris de tirer cette conclusion. Pour moi la téléconsultation était facile à mettre en place et

pratique pour résoudre un problème ponctuel. Aussi j'ai été surpris de la politisation autour de cette technique.

Puis finalement, une fois cette première phase passée, c'est un sentiment de déroute qui prédominait malgré la perception de tendance ou dynamique globale positive, négative ou mixte exprimée par les intervenants dans les entretiens. Par effet de sommation, on avait l'impression que c'était une dynamique négative générale qui dominait quand on considérait l'ensemble des entretiens.

En discutant avec mes collègues de thèse je me suis rendu compte que l'impression générale est partagée.

Problème en lien avec la technique de codage

On a débuté le codage ouvert de manière quasi simultanée. On a remarqué des distinctions dans la manière de coder. Julie et moi étions plus dans un codage très fin alors que Daniss et Aymeric étaient dans un maillage beaucoup plus large. Ines semblait être dans une position intermédiaire.

Nous avons compris lors de la réunion suivante avec les directeurs que nous allions rencontrer des difficultés pour élaborer le codage axial.

Nous avons donc repris le codage cette fois-ci en essayant d'unifier les unités de sens par un langage commun avec les différents entretiens. J'arrive de mon côté à un groupe d'unité de sens en lien avec la crise covid, un autre en en lien avec les spécificités de Mayotte, puis un dernier par construction, en lien avec la téléconsultation de manière générale en faisant abstraction des éléments qui semblait interagir avec les deux autres. Pour finir, j'avais en plus de cette première distinction réalisé un dernier groupe d'unité de sens à caractère émotionnel. J'avais ainsi réalisé mon codage ouvert unifié et un début de codage axial.

Dans le même temps j'essayais de réaliser une modélisation selon cette division de groupe. Et bien sûr je ne parvenais pas à intégrer les trois premiers groupes ; « en lien avec la crise covid », « en lien avec les spécificités de Mayotte » et « la téléconsultation de manière générale », au quatrième « unité de sens à caractère émotionnel » dans lequel figurait les émotions directement identifiables sans effort.

Intégrer plus de vécu dans l'élaboration de nos résultats

La réunion qui suivie fut la plus déterminante à mon sens. Je dirais même que c'est les derniers échanges avec Sébastien Leruste sur la déclinaison des émotions qui a été le point nodal pour l'avancée de notre travail, enfin particulièrement du mien. Aussi les directeurs avaient bien insisté sur l'importance d'apporter d'avantage d'éléments du vécu dans l'expression de nos résultats.

En discutant entre nous après la réunion il était quasiment impossible d'ignorer qu'il faudrait encore délaissé notre travail pour réaliser un nouveau codage pour essayer d'extraire le maximum de vécu.

J'ai donc de nouveau retravaillé le codage en essayant de pondérer chaque entretien sur un versant émotionnel unique à l'aide d'émotions complexes qui étaient rattaché à une des six émotions primaires de sorte que tous les éléments en lien avec les thèmes abordés soit relié à une valence émotionnelle.

La mise en commun de l'ensemble des codages ouverts formait une carte émotionnelle générale, le point d'ancrage pour le codage axial.

Thématisation des résultats

Initialement, à partir de la carte émotionnelle générale obtenu j'ai essayé d'extraire chaque thème aborder telle que la relation médecin-patient, l'absence d'examen clinique, la facturation, le temps en téléconsultation, le secret médical, l'apport de la vidéo etc. Mais il n'était pas possible de donner un sens tant les émotions pour un même thème différaient en fonction de la personnalité et des expériences antérieures propres à chacun. Aussi, poursuivre la modélisation des résultats dans ce sens entraînait inéluctablement une présentation des résultats sous forme de catalogue venant alourdir la représentation des résultats et leur diffusion.

La volonté d'établir des résultats intelligibles m'a paru indispensable. Ainsi, je considérais que les personnes sont cohérentes dans le référentiel d'évaluation qui leur est propre. Il s'agissait donc de trouver un prisme de lecture par lequel le vécu des médecins prend un sens global.

J'avais la forte intuition qu'il fallait prendre de la hauteur vis-à-vis des résultats et surtout essayer de faire abstraction des particularités de chacun des intervenants pour essayer de donner un sens global. J'ai donc cherché un support théorique appuyant mon intuition que j'ai trouvé

dans la théorie cognitive et dynamique des émotions. Je me suis donc servi pour élaborer une véritable dynamique autour des émotions permettant de construire des thèmes généraux.

En conclusion

Alors qu'initialement la recherche qualitative me paraissait fastidieuse et hasardeuse, elle m'est apparue claire et structurée. La méthodologie s'est imposée à moi alors qu'elle aurait dû être le fil conducteur qui oriente ma façon de procéder. J'apparente mon travail à une expérimentation en vue de se préparer à réaliser une thèse phénoménologique. Le plus étrange, étant que c'est seulement à la fin de mon travail que je me suis senti véritablement prêt à conduire une véritable étude phénoménologique.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Exploration du vécu du médecin généraliste de l'utilisation de la téléconsultation durant première vague épidémique COVID-19 à Mayotte.

Résumé

Introduction : La crise Covid-19, via l'état d'urgence sanitaire décrété par le gouvernement, a entraîné une augmentation importante de l'utilisation de la téléconsultation, or le vécu de l'utilisation de cette pratique est peu connu en soins primaires. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des médecins généralistes à l'utilisation de la téléconsultation durant la première vague épidémique de la crise Covid-19 à Mayotte.

Méthodologie : Etude qualitative phénoménologique, par entretiens semi-dirigés avec 11 médecins généralistes installés à Mayotte de mai à juin 2020 jusqu'à suffisance de la population cible. Utilisation d'unité de sens émotionnelles et triangulation des données.

Résultats : La temporalité liée à la crise covid-19, à engendrer une perception de changement irréversible de la pratique révélée par un sentiment de menace, un sentiment de faire de la médecine au rabais, pour les plus démunies, et un sentiment de fierté pour les médecins ayant su maîtriser cet outil. En parallèle, ils ont exprimé un sentiment de satisfaction à rationaliser la place de la téléconsultation durant la crise covid-19. Les médecins ont également perçu un manque profond de congruence entre l'utilisation de la téléconsultation et la réalité de Mayotte. Pour finir, l'utilisation des malles équipées, est à l'origine d'un sentiment d'ambivalence entre le vécu négatif relatif à cet outil durant la crise Covid-19 et l'engouement réaffirmé pour la téléexpertise.

Conclusion : Le vécu des médecins généralistes de la téléconsultation durant la crise Covid-19 a mis en relief les difficultés liées à la pratique médicale à Mayotte, perçu comme un frein à son développement, tout en la considérant adaptée aux circonstances de la crise.

Mots-clés : téléconsultation, médecine générale, COVID-19, étude qualitative, Mayotte

General Practitioner's experience of teleconsultation during the first epidemic wave of COVID-19 in Mayotte

Abstract

Introduction: The Covid-19 crisis, through the state of health emergency decreed by the government, has led to a significant increase in the use of teleconsultation, experience not well known in primary care. This study sought to explore the experiences of general practitioners using teleconsultation during the first wave of Covid-19 pandemic in Mayotte.

Method: Qualitative phenomenological study using emotional sense units and data triangulation. Semistructured interviews were conducted during May to June 2020, 11 general practitioners based in Mayotte were recruited until saturation of the target population.

Results: The temporality of this crisis has generated irreversible change in practice revealed by a feeling of threat, not practicing medicine to full scope for those who were unprepared, and pride for those who have mastered the method. They also expressed the satisfaction of founding a rational place for teleconsultation during the crisis and profound lack of consistency between the method and the reality of Mayotte. The last, using equipped cases is at the origin of a feeling of ambivalence between the negative experience relating to this tool during the Covid-19 crisis and the renewed enthusiasm for teleexpertise.

Conclusion : The experience of general practitioners of teleconsultation during the Covid-19 crisis has highlighted the difficulties related to medical practice in Mayotte, perceived as an obstacle on its development, but, considered adapted to the conditions of the health crisis.

Keywords: teleconsultation, general practice, COVID-19, qualitative study, Mayotte